

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL
RETINÓIDES SISTÊMICOS
(Verificar Termo de Conhecimento)

UF	NÚMERO
----	--------

Data ____ de ____ de ____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

--

Paciente _____

Idade _____ Sexo _____

Prescrição: Inicial ☐ Subsequente ☐

Endereço _____

Assinatura _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CCG:

**ESPECIALIDADE /
SUBSTÂNCIA**

Nome

☐ Isotretinoína

☐ Tretinoína

☐ Acetretina

Posologia



GRAVIDEZ PROIBIDA
Risco de graves defeitos
na face, nas orelhas, no
coração e no sistema
nervoso do feto.

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome

Data

Numeração desta impressão de ____ até ____