

APÊNDICE IV – Receita para Prescrição de Imiquimode

RECEITA PARA PRESCRIÇÃO DE IMIQUIMODE (2 VIAS - 1 PARA O PACIENTE, 1 PARA FARMÁCIA ESPECIAL)	
NOME DO PACIENTE: _____	
IPM: _____	
CID 10: _____	
MEDICAMENTO: IMIQUIMODE 50MG/G SACHÊ COM 250 G	
Quantidade: _____ sachês	
Posologia: _____	
Data da Prescrição: _____	Assinatura/carimbo _____
Farmácia: _____	
Data: _____	
Quantidade fornecida: _____	
Assinatura do paciente/responsável: _____	