PRESCRIÇÃO MÉDICA
Oncologia Clínica

Hospital Mário Kroeff
Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos

BARRA ONCO
GESTÃO EM SAÚDE

Paciente:_____

Prontuário:_____ Data:_____/_____/_____

USO CONTÍNUO

AROMASIN - 25 MG

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL À NOITE

Atenção: Esta receita é válida somente por 06 (seis) meses.
solicite uma nova durante a consulta

CARIMBO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA
Oncologia Clínica

Hospital Mário Kroeff
Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos

BARRA ONCO
GESTÃO EM SAÚDE

Paciente:_____

Prontuário:_____ Data:_____/_____/_____

USO CONTÍNUO

AROMASIN - 25 MG

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL À NOITE

Atenção: Esta receita é válida somente por 06 (seis) meses.
solicite uma nova durante a consulta

CARIMBO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA
Oncologia Clínica

Hospital Mário Kroeff
Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos

BARRA ONCO
GESTÃO EM SAÚDE

Paciente:_____

Prontuário:_____ Data:_____/_____/_____

USO CONTÍNUO

AROMASIN - 25 MG

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL À NOITE

Atenção: Esta receita é válida somente por 06 (seis) meses.
solicite uma nova durante a consulta

CARIMBO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA
Oncologia Clínica

Hospital Mário Kroeff
Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos

BARRA ONCO
GESTÃO EM SAÚDE

Paciente:_____

Prontuário:_____ Data:_____/_____/_____

USO CONTÍNUO

AROMASIN - 25 MG

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL À NOITE

Atenção: Esta receita é válida somente por 06 (seis) meses.
solicite uma nova durante a consulta

CARIMBO MÉDICO