

PRESCRIÇÃO MÉDICA
Oncologia Clínica



Paciente: _____

Prontuário: _____

Data: ____/____/____

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

USO CONTÍNUO

CAPECITABINA - 500 mg

DURANTE ____ DIAS

TOMAR ____ COMPRIMIDO(S) **MANHÃ**

TOMAR ____ COMPRIMIDO(S) **NOITE**

CARIMBO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA
Oncologia Clínica



Paciente: _____

Prontuário: _____

Data: ____/____/____

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

USO CONTÍNUO

CAPECITABINA - 500 mg

DURANTE ____ DIAS

TOMAR ____ COMPRIMIDO(S) **MANHÃ**

TOMAR ____ COMPRIMIDO(S) **NOITE**

CARIMBO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA
Oncologia Clínica



Paciente: _____

Prontuário: _____

Data: ____/____/____

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

USO CONTÍNUO

CAPECITABINA - 500 mg

DURANTE ____ DIAS

TOMAR ____ COMPRIMIDO(S) **MANHÃ**

TOMAR ____ COMPRIMIDO(S) **NOITE**

CARIMBO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA
Oncologia Clínica



Paciente: _____

Prontuário: _____

Data: ____/____/____

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

USO CONTÍNUO

CAPECITABINA - 500 mg

DURANTE ____ DIAS

TOMAR ____ COMPRIMIDO(S) **MANHÃ**

TOMAR ____ COMPRIMIDO(S) **NOITE**

CARIMBO MÉDICO