

PRESCRIÇÃO MÉDICA
Oncologia Clínica



Paciente: _____

Prontuário: _____ Data: ____/____/____

USO CONTÍNUO

TAMOXIFENO - 20 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



Paciente: _____

Prontuário: _____ Data: ____/____/____

USO CONTÍNUO

TAMOXIFENO - 20 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



Paciente: _____

Prontuário: _____ Data: ____/____/____

USO CONTÍNUO

TAMOXIFENO - 20 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



Paciente: _____

Prontuário: _____ Data: ____/____/____

USO CONTÍNUO

TAMOXIFENO - 20 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