


ANEXO XII

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS (Verificar Termo de Conhecimento)	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA	
UF _____ NÚMERO _____		Nome <input type="checkbox"/> Isotretinoína <input type="checkbox"/> Tretinoína <input type="checkbox"/> Acitretina	GRAVIDEZ PROIBIDA Risco de graves defeitos na face, nas orelhas, no coração e no sistema nervoso do feto.
Data ____ de ____ de ____	Paciente _____	Posologia	
	Idade _____ Sexo _____		
	Prescrição: Inicial <input type="checkbox"/> Subsequente <input type="checkbox"/>		
	Assinatura _____		
	Endereço _____		
	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
	Nome: _____		
	Endereço: _____		
	Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____	Nome _____	
		Data ____/____/____	
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CCG:		Numeração desta impressão de _____ até _____	

(2 Vias) 1ª Via Farmácia 2ª Via Médico