

RECEITUÁRIO REFERÊNCIA INTERNA RESULTADO DE EXAMES PEDIDO DE EXAME

NOME: _____

PRONT: _____ D.N: ____/____/____

Adulto e Adolescente a partir de 12 anos

V.V.S.

Uso Oral:

1. Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg 30cps*Tomar 01 comprimido ao dia de 24/24 horas, sempre após alimentar-se durante 28 dias***2. Dolutegravir 50 mg 30cps***Tomar 01 comprimido ao dia de 24/24 horas, sempre após alimentar-se durante 28 dias*

Data: ____/____/____

CARIMBO - CRM

 RECEITUÁRIO REFERÊNCIA INTERNA RESULTADO DE EXAMES PEDIDO DE EXAME

NOME: _____

PRONT: _____ D.N: ____/____/____

Adulto e Adolescente a partir de 12 anos

V.V.S.

Uso Oral:

1. Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg 30cps*Tomar 01 comprimido ao dia de 24/24 horas, sempre após alimentar-se durante 28 dias***2. Dolutegravir 50 mg 30cps***Tomar 01 comprimido ao dia de 24/24 horas, sempre após alimentar-se durante 28 dias*

Data: ____/____/____

CARIMBO - CRM