

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). **KELLEY NASCIMENTO ANDRADE**

CPF: 02680536932 CRM: 49299 - PR

Endereço: Avenida do Batel, 1550, Sala 601, Batel, Curitiba - PR

Telefone: (41) 99949-6676

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 18/04/2024

Data de Validade: 18/05/2024

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Maria Lourdes Fernandez Gonzalez Aires

Endereço: (não informado)

1. **MEDKAYA 1.500mg CBD Full Spectrum frasco 30ml 2**
frascos/mês

Tomar 02 gotas, após o jantar, por 7 dias e observar se existem reações adversas. Caso não apresente reações adversas (redução da consistência das fezes, sonolência são os mais comuns), aumentar a dosagem para 02 gotas pela manhã e 02 à noite no oitavo dia. Ir aumentando a dosagem na medida de 1 gota por cada tomada, a cada semana, até chegar a 10 gotas, 2 vezes ao dia. Depois, entrar em contato com médica assistente para avaliar ajuste da dosagem. OBS: Caso observe mudanças benéficas durante a subida da dose, interrompa a progressão e mantenha a dose utilizada. Caso observe mudança negativa, volte para dose anterior e comunique médica assistente. CID 10 = F41.1

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____



Receituário de Controle Especial

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por KELLEY NASCIMENTO ANDRADE em 18/04/2024 20:37, conforme MP nº 2.200-2/2001 e Resolução CFM nº 2.299/2021.

A assinatura digital deste documento poderá ser verificada em <https://validar.iti.gov.br/>

Farmacêutico, realize a dispensação em: <https://prescricao.cfm.org.br/api/documento>

Acesse o documento em: https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf



Código: CFMdUWa5a5

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). KELLEY NASCIMENTO ANDRADE

CPF: 02680536932 CRM: 49299 - PR

Endereço: Avenida do Batel, 1550, Sala 601, Batel, Curitiba - PR

Telefone: (41) 99949-6676

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 18/04/2024

Data de Validade: 18/05/2024

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Maria Lourdes Fernandez Gonzalez Aires

Endereço: (não informado)

1. **MEDKAYA 1.500mg CBD Full Spectrum frasco 30ml 2**
frascos/mês

Tomar 02 gotas, após o jantar, por 7 dias e observar se existem reações adversas. Caso não apresente reações adversas (redução da consistência das fezes, sonolência são os mais comuns), aumentar a dosagem para 02 gotas pela manhã e 02 à noite no oitavo dia. Ir aumentando a dosagem na medida de 1 gota por cada tomada, a cada semana, até chegar a 10 gotas, 2 vezes ao dia. Depois, entrar em contato com médica assistente para avaliar ajuste da dosagem. OBS: Caso observe mudanças benéficas durante a subida da dose, interrompa a progressão e mantenha a dose utilizada. Caso observe mudança negativa, volte para dose anterior e comunique médica assistente. CID 10 = F41.1

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____



Receituário de Controle Especial

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por KELLEY NASCIMENTO ANDRADE em 18/04/2024 20:37, conforme MP nº 2.200-2/2001 e Resolução CFM nº 2.299/2021.

A assinatura digital deste documento poderá ser verificada em <https://validar.iti.gov.br/>

Farmacêutico, realize a dispensação em: <https://prescricao.cfm.org.br/api/documento>

Acesse o documento em: https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf



Código: CFMdUWa5a5