



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE /SEMUSA

ATENÇÃO!!!

CASO APRESENTE OS SEGUINTE SINAIS/SINTOMAS, RETORNAR AO HOSPITAL IMEDIATAMENTE.

-Vômitos repetidos; Falta de ar; Olhos e pele amareladas; Sangramentos e sem melhorar após 48 hs

RECEITA MÉDICA
MALÁRIA VIVAX

NOME: _____

1- CLOROQUINA. Comp. X 150 mg (base) _____ cp.

Tomar _____ comprimidos hoje, _____ amanhã e
_____ depois de amanhã.

2- PRIMAQUINA. Comp. X _____ mg _____ cp.

Tomar _____ comprimidos por dia, depois do almoço, durante 14
dias.

3- PARACETAMOL. Comp. X 500 mg _____ cp.

Tomar até _____ de 6/6h de acordo com a necessidade.

_____/_____/_____

ASSINATURA/CARIMBO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE /SEMUSA

ATENÇÃO!!!

CASO APRESENTE OS SEGUINTE SINAIS/SINTOMAS, RETORNAR AO HOSPITAL IMEDIATAMENTE.

-Vômitos repetidos; Falta de ar; Olhos e pele amareladas; Sangramentos e sem melhorar após 48 horas.

RECEITA MÉDICA
MALÁRIA FALCIPARUM

NOME: _____

1- COARTEM. (ARTEMETER+LUMEFANTRINA) _____

2- PARACETAMOL. Comp. X 500 mg _____

Tomar até _____ de 6/6h de acordo com a necessidade.

Observação: Caso que apresente gametócitos na pesquisa de plasmodium acrescentar

Primaquina conforme o peso.

____/____/____

ASSINATURA/CARIMBO

