


RECEITUÁRIO MÉDICO – IMUNOTERAPIA INJETÁVEL (VACINA ALERGÊNICA)

	IDENTIFICAÇÃO MÉDICO EMITENTE		
	Nome:		
	CRM:	CPF:	
	End.:	CEP:	
	Cidade:	UF:	Tel: ()

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL (NOME COMPLETO)		
Paciente:		
Responsável:		
CPF Resp.:	CEP:	
Endereço:		
Cidade:	UF:	Tel.: ()

Preparar Vacinas de Alérgenos, em frasco de 5 mL, de acordo com a formulação abaixo:

Aquoso Depot Bact Diluição: 1:10.000 1:1.000 1:100 1:10 1:4 1:2 ou _____

COMPOSIÇÃO (ALÉRGENOS) DA VACINA ALERGÊNICA	PORCENTAGEM

Aplicar por via subcutânea profunda, com seringa tipo insulina/tuberculina de 1 mL e com agulha curta e fina 10x5 ou 13x4,5 mm e a intervalos ____ / ____ dias.

DOSE	VOLUME	DATA
1º	mL	/ /
2º	mL	/ /
3º	mL	/ /
4º	mL	/ /
5º	mL	/ /

DOSE	VOLUME	DATA
6º	mL	/ /
7º	mL	/ /
8º	mL	/ /

Observações: Conservar a vacina alergênica em geladeira, entre 2 e 8°C. Não congelar, pois pode alterar a potência. Agitar bem o frasco antes de aplicar. Limpar com álcool a tampa do frasco antes de perfurá-la com a agulha, a fim de evitar contaminação. Suspender a aplicação e consultar o médico caso ocorra uma das seguintes situações: resfriado, febre, infecção ou qualquer outra doença. A dose deve ser suspensa ou alterada em caso de aumento dos sintomas alérgicos (coceira nos olhos, no nariz, na garganta, lacrimejamento, tosse, coriza, espirros, crises de chiado no peito ou falta de ar, placas avermelhadas no corpo, coceira no corpo e outros sintomas de alergia). Em caso de reação grave, procurar o pronto socorro imediatamente. A mudança de frasco, suspensão ou reinício da vacina deverá ser feito com orientação médica.

Identificação e uso do Fornecedor

Data:

Carimbo e Assinatura do Médico Prescritor