

Comunicado ao Prescritor
Para esta receita ser atendida na CDM Solicitamos observar a descrição da solicitação
Sr. Prescritor: Solicitamos adequação da prescrição ao "Protocolo para racionalização da prescrição de ezetimiba 10 mg para pacientes do InCor – HCFMUSP".
Data: ____/____/____ Farmacêutico: _____ CRF: _____

Comunicado ao Prescritor
Para esta receita ser atendida na CDM Solicitamos observar a descrição da solicitação
Sr. Prescritor: Solicitamos adequação da prescrição ao "Protocolo para racionalização da prescrição de ezetimiba10 mg para pacientes do InCor – HCFMUSP".
Data: ____/____/____ Farmacêutico: _____ CRF: _____

Comunicado ao Prescritor
Para esta receita ser atendida na CDM Solicitamos observar a descrição da solicitação
Sr. Prescritor: Solicitamos adequação da prescrição ao "Protocolo para racionalização da prescrição de ezetimiba 10 mg para pacientes do InCor – HCFMUSP".
Data: ____/____/____ Farmacêutico: _____ CRF: _____

Comunicado ao Prescritor
Para esta receita ser atendida na CDM Solicitamos observar a descrição da solicitação
Sr. Prescritor: Solicitamos adequação da prescrição ao "Protocolo para racionalização da prescrição de ezetimiba10 mg para pacientes do InCor – HCFMUSP".
Data: ____/____/____ Farmacêutico: _____ CRF: _____

Comunicado ao Prescritor
Para esta receita ser atendida na CDM Solicitamos observar a descrição da solicitação
Sr. Prescritor: Solicitamos adequação da prescrição ao "Protocolo para racionalização da prescrição de ezetimiba 10 mg para pacientes do InCor – HCFMUSP".
Data: ____/____/____ Farmacêutico: _____ CRF: _____

Comunicado ao Prescritor
Para esta receita ser atendida na CDM Solicitamos observar a descrição da solicitação
Sr. Prescritor: Solicitamos adequação da prescrição ao "Protocolo para racionalização da prescrição de ezetimiba10 mg para pacientes do InCor – HCFMUSP".
Data: ____/____/____ Farmacêutico: _____ CRF: _____

Comunicado ao Prescritor
Para esta receita ser atendida na CDM Solicitamos observar a descrição da solicitação
Sr. Prescritor: Solicitamos adequação da prescrição ao "Protocolo para racionalização da prescrição de ezetimiba 10 mg para pacientes do InCor – HCFMUSP".
Data: ____/____/____ Farmacêutico: _____ CRF: _____

Comunicado ao Prescritor
Para esta receita ser atendida na CDM Solicitamos observar a descrição da solicitação
Sr. Prescritor: Solicitamos adequação da prescrição ao "Protocolo para racionalização da prescrição de ezetimiba10 mg para pacientes do InCor – HCFMUSP".
Data: ____/____/____ Farmacêutico: _____ CRF: _____