

Relatório médico



Dra. Mariana Zanatta

Nutrologia | Saúde Mental

NOME: EVANDRO ERICSON VIEIRA DE MEDEIROS

Paciente sob meus cuidados médicos apresenta irritabilidade, insônia, nervosismo, desorganizado e sintomas de pânico (taquicardia, sensação de sufocamento, dispnéia) frente algumas situações. Vem apresentando dificuldades nos cuidados da mãe, a mesma encontra-se internada. Está em uso de escitalopram 15 mg/dia, alprazolam 2 mg. O mesmo não se encontra em condições psíquicas dentro da normalidade para realizar rotina de cuidados com mãe.

CID 10: F41.1 + F 41,0

20/12/2022

Uberlândia - MG

Dra. MARIANA ZANATTA BECHARA
Médico CRM - 61075

Impresso por: 1097403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
EIP: 09/08/2023 - 22:29:14

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Uberclin

Dr. Silvano Luciano da Silva
Rua Seme Simão, 1643, Granada
Uberlândia - MG

1ª Via - Farmácia
2ª Via - Paciente

Paciente: **EVANDRO ERICSON VIEIRA DE MEDEIROS**
Endereço: **AV JOSE ABUDU MACI 1735 SHOPING PARK**

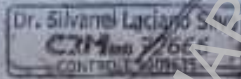
PRESCRIÇÃO:

=> USO ORAL

1. 1-Patz SL 5 mg60 cp
Tomar vo 1 cp ao deitar

Uberlândia, 21 de novembro de 2022

Dr. Silvano Luciano da Silva



IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	Assinatura do Farmacêutico _____ Data: f /uberclin
Ident.: _____ Org. Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
www.uberclin.com.br	

uberclin@uberclin.com.br

[/uberclin](#)

(34) 3210-0076

Avenida Seme Simão, 1643
B. São Jorge, Uberlândia-MG

Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/09/2023 - 22:29:14

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



Dr. Silvaneci Luciano da Silva
Rua Seme Simão, 1643 - Uberlândia - MG

1a Via - Farmácia
2a Via - Paciente

Paciente: EVANDRO ERICSON VIEIRA DE MEDEIROS
Endereço: AV JOSE ABUDU MACI 1735 SHOPING PARK

PRESCRIÇÃO:

↳ USO ORAL

1. VENLAFAXINA CP 75 MG 60 CP
TOMAR VO 1 CP PELA MANHA

Uberlândia, 21 de novembro de 2022

Dr. Silvaneci Luciano da Silva



Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 22:29:14

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	Assinatura do Farmacêutico Data: <u>f / /uberclin</u>
Ident.: _____ Org. Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: <u>www.uberclin.com.br</u>	

uberclin@uberclin.com.br

@/uberclin

(34) 3210-0076
Avenida Seme Simão, 1643
B. São Jorge, Uberlândia-MG