



ENDO-DERME FÓRMULAS MAGISTRAIS LTDA.

Rua Vanderlei, 542 Perdizes
São Paulo - SP Cep 05011 - 001
Fone: (11) 3872 7714 Whatsapp: (11) 94224 5937
baterias@endoderme.com.br - www.endoderme.com.br

PACIENTE: _____ DATA: _____

| SUBSTÂNCIAS | REATIVIDADE |
|---------------------------|-------------|
| 1 ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO | |
| 2 ÁCIDO MEFENÂMICO | |
| 3 CETOPROFENO | |
| 4 DICLOFENACO SÓDICO | |
| 5 DIPIRONA | |
| 6 FENILBUTAZONA | |
| 7 IBUPROFENO | |
| 8 INDOMETACINA | |
| 9 MELOXICAM | |
| 10 NAPROXENO | |
| 11 NIMESULIDA | |
| 12 PARACETAMOL | |
| 13 PIROXICAM | |
| 14 TENOXICAM | |

NEGATIVO (-) = SEM REAÇÃO

DUVIDOSO (?) = ERITEMA LEVE

POSITIVO FRACO (+) = ERITEMA DEFINIDO COM INFILTRAÇÃO E PÁPULA

POSITIVO FORTE (++) = ERITEMA COM INFILTRAÇÃO, PÁPULA E VESÍCULA

POSITIVO MUITO FORTE (+++) = ERITEMA COM INFILTRAÇÃO, PÁPULA E VESÍCULA CONFLUENTE

RI = IRRITAÇÃO

NT = NÃO TESTADO

MÉDICO (A) : _____