



澳門特別行政區政府
Governo da Região Administrativa Especial de Macau
藥物監督管理局
Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

病人姓名： _____	處方編號 _____
Nome do paciente	Receita n.º
處方日期： ____/____/____	藥物名稱及處方數量： _____
Data da prescrição	Fármaco e quantidade prescrita

衛生局 Serviços de Saúde

處方編號
RECEITA N.º _____

麻醉藥品及精神藥物（表二 B 與表二 C）處方
RECEITA DE ESTUPEFACIENTES E PSICOTRÓPICOS (tabelas II-B e II-C)

診室 Unidade	醫生 Médico	費用承擔 COBERTURA
		卡編號 N.º de Cartão _____
		財政自治 非財政自治
		公共部門 _____
		Serviço Público Autónimo Não Autónimo

病人資料 IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE	
姓名 Nome： _____	性別 Sexo： _____
住址 Morada： _____	年齡 Idade： _____
	身份證明文件編號 N.º do D.I.： _____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	治療期間 Duração do tratamento	包裝 Embalagens		價金 Preço
				數量(數字) N.º	數量(大寫) Extenso	
1) 服用方法 Posologia						
總價金 Preço total						

_____/_____/_____
處方日期
Data da prescrição

醫生簽名及醫院/衛生中心蓋章
Assinatura do médico e carimbo do Hospital / C. Saúde

藥房
Farmácia

_____/_____/_____
調配日期
Data de aviamento

技術主管簽名及藥房蓋章
Assinatura do Director Técnico e carimbo da farmácia

取藥者姓名
Nome do adquirente

身份證明文件編號
N.º do doc. de identificação

簽名
Assinatura

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

服用者 Utente



澳門特別行政區政府
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau
 藥物監督管理局
 Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

病人姓名：_____	處方編號 _____
Nome do paciente	Receita n.º
處方日期：____/____/____	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármaco e quantidade prescrita

衛生局 Serviços de Saúde

處方編號
 RECEITA N.º _____

麻醉藥品及精神藥物 (表二 B 與表二 C) 處方
 RECEITA DE ESTUPEFACIENTES E PSICOTRÓPICOS (tabelas II-B e II-C)

診室 Unidade	醫生 Médico	費用承擔 COBERTURA
		卡編號 N.º de Cartão
		____ / ____ / ____
		財政自治 非財政自治
		公共部門

		Serviço Público Autónimo Não Autónimo

病人資料 IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE	
姓名 Nome：_____	性別 Sexo：_____
住址 Morada：_____	年齡 Idade：_____
	身份證明文件編號 N.º do D.I.：_____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	治療期間 Duração do tratamento	包裝 Embalagens		價金 Preço
				數量(數字) N.º	數量(大寫) Extenso	
1) 服用方法 Posologia						
總價金 Preço total						

____/____/____
 處方日期
 Data da prescrição

 醫生簽名及醫院/衛生中心蓋章
 Assinatura do médico e carimbo do Hospital / C. Saúde

 藥房
 Farmácia

____/____/____
 調配日期
 Data de aviamento

 技術主管簽名及藥房蓋章
 Assinatura do Director Técnico e carimbo da farmácia

 取藥者姓名
 Nome do adquirente

 身份證明文件編號
 N.º do doc. de identificação

 簽名
 Assinatura

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

寄送藥物監督管理局 A enviar ao ISAF

藥物監督管理局 - 格式 11
 ISAF - Modelo 11



澳門特別行政區政府
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau
 藥物監督管理局
 Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

病人姓名：_____	處方編號 _____
Nome do paciente	Receita n.º
處方日期：___/___/___	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármaco e quantidade prescrita

衛生局 Serviços de Saúde

處方編號
 RECEITA N.º _____

麻醉藥品及精神藥物 (表二 B 與表二 C) 處方
 RECEITA DE ESTUPEFACIENTES E PSICOTRÓPICOS (tabelas II-B e II-C)

診室 Unidade	醫生 Médico	費用承擔 COBERTURA
		卡編號 N.º de Cartão
		財政自治 非財政自治
		公共部門
		Serviço Público Autónimo Não Autónimo

病人資料 IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE	
姓名 Nome : _____	性別 Sexo : _____
住址 Morada : _____	年齡 Idade : _____
	身份證明文件編號 N.º do D.I. : _____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	治療期間 Duração do tratamento	包裝 Embalagens		價金 Preço
				數量(數字) N.º	數量(大寫) Extenso	
1) 服用方法 Posologia						
總價金 Preço total						

___/___/___
 處方日期
 Data da prescrição

 醫生簽名及醫院/衛生中心蓋章
 Assinatura do médico e carimbo do Hospital / C. Saúde

 藥房
 Farmácia

___/___/___
 調配日期
 Data de aviamento

 技術主管簽名及藥房蓋章
 Assinatura do Director Técnico e carimbo da farmácia

 取藥者姓名
 Nome do adquirente

 身份證明文件編號
 N.º do doc. de identificação

 簽名
 Assinatura

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

藥房存檔 Arquivar na farmácia

藥物監督管理局 - 格式 11
 ISAF - Modelo 11



澳門特別行政區政府
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau
 藥物監督管理局
 Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

病人姓名：_____	處方編號 _____
Nome do paciente	Receita n.º
處方日期：____/____/____	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármaco e quantidade prescrita

衛生局 Serviços de Saúde

處方編號
 RECEITA N.º _____

麻醉藥品及精神藥物（表二 B 與表二 C）處方
 RECEITA DE ESTUPEFACIENTES E PSICOTRÓPICOS (tabelas II-B e II-C)

診室 Unidade	醫生 Médico	費用承擔 COBERTURA
		卡編號 N.º de Cartão _____
		財政自治 非財政自治
		公共部門 Serviço Público
		Autónomo Não Autónomo

病人資料 IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE
姓名 Nome：_____ 性別 Sexo：_____
住址 Morada：_____ 年齡 Idade：_____
_____ 身份證明文件編號 N.º do D.I.：_____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	治療期間 Duração do tratamento	包裝 Embalagens		價金 Preço
				數量(數字) N.º	數量(大寫) Extenso	
1) 服用方法 Posologia						
總價金 Preço total						

____/____/____
 處方日期
 Data da prescrição

 醫生簽名及醫院／衛生中心蓋章
 Assinatura do médico e carimbo do Hospital / C. Saúde

 藥房
 Farmácia

____/____/____
 調配日期
 Data de aviamento

 技術主管簽名及藥房蓋章
 Assinatura do Director Técnico e carimbo da farmácia

 取藥者姓名
 Nome do adquirente

 身份證明文件編號
 N.º do doc. de identificação

 簽名
 Assinatura

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

寄送衛生局以徵收款項 A enviar aos Serviços de Saúde para cobrança



澳門特別行政區政府
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau
 藥物監督管理局
 Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

病人姓名：_____	處方編號 _____
Nome do paciente	Receita n.º
處方日期：____/____/____	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármaco e quantidade prescritas

衛生局 Serviços de Saúde

處方編號
 RECEITA N.º _____

精神藥物（表四）處方
 RECEITA DE PSICOTRÓPICOS (tabela IV)

診室 Unidade	醫生 Médico	費用承擔 COBERTURA
		卡編號 N.º de Cartão _____
		財政自治 非財政自治
		公共部門
		Serviço Público Autónimo Não Autónimo

病人資料 IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE	
姓名 Nome：_____	性別 Sexo：_____
住址 Morada：_____	年齡 Idade：_____
	身份證明文件編號 N.º do D.I.：_____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	治療期間 Duração do tratamento	包裝 Embalagens		價金 Preço
				數量(數字) N.º	數量(大寫) Extenso	
1) 服用方法 Posologia						
2) 服用方法 Posologia						
3) 服用方法 Posologia						
總價金 Preço total						

____/____/____
 處方日期
 Data da prescrição

 醫生簽名及醫院/衛生中心蓋章
 Assinatura do médico e carimbo do Hospital / C. Saúde

 藥房
 Farmácia

____/____/____
 調配日期
 Data de aviamento

 技術主管簽名及藥房蓋章
 Assinatura do Director Técnico e carimbo da farmácia

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

服用者 Utente

藥物監督管理局 - 格式 12
 ISAF - Modelo 12



澳門特別行政區政府
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau
 藥物監督管理局
 Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

病人姓名：_____	處方編號_____
Nome do paciente	Receita n.º
處方日期：____/____/____	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármaco e quantidade prescritas

衛生局 Serviços de Saúde

處方編號
 RECEITA N.º _____

精神藥物（表四）處方
 RECEITA DE PSICOTRÓPICOS (tabela IV)

診室 Unidade	醫生 Médico	費用承擔 COBERTURA
		卡編號 N.º de Cartão _____
		財政自治 非財政自治
		公共部門
		Serviço Público Autónimo Não Autónimo

病人資料 IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE	
姓名 Nome：_____	性別 Sexo：_____
住址 Morada：_____	年齡 Idade：_____
	身份證明文件編號 N.º do D.I.：_____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	治療期間 Duração do tratamento	包裝 Embalagens		價金 Preço
				數量(數字) N.º	數量(大寫) Extenso	
1) 服用方法 Posologia						
2) 服用方法 Posologia						
3) 服用方法 Posologia						
總價金 Preço total						

____/____/____
 處方日期
 Data da prescrição

 醫生簽名及醫院/衛生中心蓋章
 Assinatura do médico e carimbo do Hospital / C. Saúde

 藥房
 Farmácia

____/____/____
 調配日期
 Data de aviamento

 技術主管簽名及藥房蓋章
 Assinatura do Director Técnico e carimbo da farmácia

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

寄送衛生局以徵收款項 A enviar aos Serviços de Saúde para cobrança



澳門特別行政區政府
Governho da Região Administrativa Especial de Macau
藥物監督管理局
Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

病人姓名：_____	處方編號 _____
Nome do paciente	Receita n.º
處方日期：____/____/____	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármaco e quantidade prescritas

衛生局 Serviços de Saúde

處方編號
RECEITA N.º _____

精神藥物（表四）處方
RECEITA DE PSICOTRÓPICOS (tabela IV)

診室 Unidade	醫生 Médico	費用承擔 COBERTURA
		卡編號 N.º de Cartão _____ / _____ / _____
		公共部門 Serviço Público
		財政自治 非財政自治 Autónomo Não Autónomo

病人資料 IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE	
姓名 Nome : _____	性別 Sexo : _____
住址 Morada : _____	年齡 Idade : _____
	身份證明文件編號 N.º do D.I. : _____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	治療期間 Duração do tratamento	包裝 Embalagens		價金 Preço
				數量(數字) N.º	數量(大寫) Extenso	
1) 服用方法 Posologia						
2) 服用方法 Posologia						
3) 服用方法 Posologia						
總價金 Preço total						

____/____/____
處方日期
Data da prescrição

醫生簽名及醫院/衛生中心蓋章
Assinatura do médico e carimbo do Hospital / C. Saúde

藥房
Farmácia

____/____/____
調配日期
Data de aviamento

技術主管簽名及藥房蓋章
Assinatura do Director Técnico e carimbo da farmácia

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

藥房存檔 Arquivar na farmácia

藥物監督管理局 - 格式 12
ISAF - Modelo 12



澳門特別行政區政府
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau
 藥物監督管理局
 Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

病人姓名：_____	處方編號_____
Nome do paciente	Receita n.º
處方日期：____/____/____	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármaco e quantidade prescritas

衛生局 Serviços de Saúde

處方編號
 RECEITA N.º _____

精神藥物（表四）處方
 RECEITA DE PSICOTRÓPICOS (tabela IV)

診室 Unidade	醫生 Médico	費用承擔 COBERTURA	
		卡編號 N.º de Cartão	_____ / _____ / _____
		公共部門	非財政自治
		Serviço Público	Autónomo Não Autónomo

病人資料 IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE	
姓名 Nome：_____	性別 Sexo：_____
住址 Morada：_____	年齡 Idade：_____
_____	身份證明文件編號 N.º do D.I.：_____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	治療期間 Duração do tratamento	包裝 Embalagens		價金 Preço
				數量(數字) N.º	數量(大寫) Extenso	
1) 服用方法 Posologia						
2) 服用方法 Posologia						
3) 服用方法 Posologia						
總價金 Preço total						

____/____/____
 處方日期
 Data da prescrição

 醫生簽名及醫院/衛生中心蓋章
 Assinatura do médico e carimbo do Hospital / C. Saúde

 藥房
 Farmácia

____/____/____
 調配日期
 Data de aviamento

 技術主管簽名及藥房蓋章
 Assinatura do Director Técnico e carimbo da farmácia

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

寄送藥物監督管理局 A enviar ao ISAF

藥物監督管理局 - 格式 12
 ISAF - Modelo 12



澳門特別行政區政府
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau
 藥物監督管理局
 Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

病人姓名：_____	處方編號 _____
Nome do paciente	Receita n.º
處方日期：____/____/____	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármaco e quantidade prescrita

處方編號 _____
 RECEITA N.º

供人類使用之麻醉藥品及精神藥物 (表二 B 與表二 C) 處方
 RECEITA DE ESTUPEFACIENTES E PSICOTRÓPICOS (tabelas II-B e II-C)
 PARA USO HUMANO

醫院/診所 _____	醫療所 <input type="checkbox"/>	執照編號 _____
Hospital/Clinica	Consultório	Alvará n.º
地址：_____		電話/傳真 _____
Endereço		Tel/Fax
開處方之醫生名稱：_____		衛生局執照編號：_____
Nome do médico Prescrevente		N.º da licença dos Serviços de Saúde

病人資料 IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE	
姓名 Nome：_____	性別 Sexo：_____
住址 Morada：_____	年齡 Idade：_____
	身份證明文件編號 N.º do D.I.：_____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	包裝 Embalagens		治療期間 Duração do tratamento
			數量(數字) N.º	數量(大寫) Extenso	
1) 服用方法 Posologia					

_____/_____/_____
 處方日期
 Data da prescrição

 醫生簽名及醫院/診所/醫療所蓋章
 Assinatura do médico e carimbo do Hospital / Clínica / Consultório

 藥房
 Farmácia

_____/_____/_____
 調配日期
 Data de aviamento

 技術主管簽名及藥房蓋章
 Assinatura do Director Técnico e carimbo da farmácia

 取藥者姓名
 Nome do adquirente

 身份證明文件編號
 N.º do doc. de identificação

 簽名
 Assinatura

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

服用者 Utente



澳門特別行政區政府
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau
 藥物監督管理局
 Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

病人姓名：_____	處方編號_____
Nome do paciente	Receita n.º
處方日期：____/____/____	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármaco e quantidade prescrita

處方編號 _____
 RECEITA N.º

供人類使用之麻醉藥品及精神藥物 (表二 B 與表二 C) 處方
 RECEITA DE ESTUPEFACIENTES E PSICOTRÓPICOS (tabelas II-B e II-C)
 PARA USO HUMANO

醫院/診所 _____	醫療所 <input type="checkbox"/>	執照編號 _____
Hospital/Clinica	Consultório	Alvará n.º
地址：_____	電話/傳真 _____	
Endereço	Tel/Fax	
開處方之醫生名稱：_____	衛生局執照編號：_____	
Nome do médico Prescrevente	N.º da licença dos Serviços de Saúde	

病人資料 IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE	
姓名 Nome：_____	性別 Sexo：_____
住址 Morada：_____	年齡 Idade：_____
_____	身份證明文件編號 N.º do D.I.：_____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	包裝 Embalagens		治療期間 Duração do tratamento
			數量(數字) N.º	數量(大寫) Extenso	
1) 服用方法 Posologia					

____/____/____
 處方日期
 Data da prescrição

 醫生簽名及醫院/診所/醫療所蓋章
 Assinatura do médico e carimbo do Hospital / Clínica / Consultório

 藥房
 Farmácia

____/____/____
 調配日期
 Data de aviamento

 技術主管簽名及藥房蓋章
 Assinatura do Director Técnico e carimbo da farmácia

 取藥者姓名
 Nome do adquirente

 身份證明文件編號
 N.º do doc. de identificação

 簽名
 Assinatura

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

藥房存檔 Arquivar na farmácia

藥物監督管理局 - 格式 13
 ISAF - Modelo 13



澳門特別行政區政府
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau
 藥物監督管理局
 Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

病人姓名：_____	處方編號_____
Nome do paciente	Receita n.º
處方日期：___/___/___	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármaco e quantidade prescrita

處方編號 _____
 RECEITA N.º

供人類使用之麻醉藥品及精神藥物 (表二 B 與表二 C) 處方
 RECEITA DE ESTUPEFACIENTES E PSICOTRÓPICOS (tabelas II-B e II-C)
 PARA USO HUMANO

醫院/診所 _____	醫療所 <input type="checkbox"/>	執照編號 _____
Hospital/Clinica	Consultório	Alvará n.º
地址：_____	電話/傳真 _____	
Endereço	Tel/Fax	
開處方之醫生名稱：_____	衛生局執照編號：_____	
Nome do médico Prescrevente	N.º da licença dos Serviços de Saúde	

病人資料 IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE	
姓名 Nome：_____	性別 Sexo：_____
住址 Morada：_____	年齡 Idade：_____
_____	身份證明文件編號 N.º do D.I.：_____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	包裝 Embalagens		治療期間 Duração do tratamento
			數量(數字) N.º	數量(大寫) Extenso	
1) 服用方法 Posologia					

___/___/___
 處方日期
 Data da prescrição

 醫生簽名及醫院/診所/醫療所蓋章
 Assinatura do médico e carimbo do Hospital / Clínica / Consultório

 藥房
 Farmácia

___/___/___
 調配日期
 Data de aviamento

 技術主管簽名及藥房蓋章
 Assinatura do Director Técnico e carimbo da farmácia

 取藥者姓名
 Nome do adquirente

 身份證明文件編號
 N.º do doc. de identificação

 簽名
 Assinatura

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

寄送藥物監督管理局 A enviar ao ISAF

藥物監督管理局 - 格式 13
 ISAF - Modelo 13



澳門特別行政區政府
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau
 藥物監督管理局
 Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

病人姓名：_____	處方編號_____
Nome do paciente	Receita n.º
處方日期：____/____/____	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármacos e quantidades prescritas

處方編號 _____
 RECEITA N.º _____

供人類使用之精神藥物（表四）處方
 RECEITA DE PSICOTRÓPICOS (tabela IV) PARA USO HUMANO

醫院／診所 _____	醫療所 <input type="checkbox"/>	執照編號 _____
Hospital/Clinica	Consultório	Alvará n.º
地址：_____	電話／傳真 _____	
Endereço	Tel/Fax	
開處方之醫生名稱：_____	衛生局執照編號：_____	
Nome do médico Prescrevente	N.º da licença dos Serviços de Saúde	

病人資料 IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE	
姓名 Nome：_____	性別 Sexo：_____
住址 Morada：_____	年齡 Idade：_____
_____	身份證明文件編號 N.º do D.I.：_____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	包裝 Embalagens		治療期間 Duração do tratamento
			數量(數字) N.º	數量(大寫) Extenso	
1) 服用方法 Posologia					
2) 服用方法 Posologia					
3) 服用方法 Posologia					

____/____/____
 處方日期
 Data da prescrição

 醫生簽名及醫院／診所／醫療所蓋章
 Assinatura do médico e carimbo do Hospital / Clínica / Consultório

 藥房
 Farmácia

____/____/____
 調配日期
 Data de aviamento

 技術主管簽名及藥房蓋章
 Assinatura do Director Técnico e carimbo da farmácia

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

服用者 Utente

藥物監督管理局 - 格式 14
 ISAF - Modelo 14



澳門特別行政區政府
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau
 藥物監督管理局
 Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

病人姓名：_____	處方編號_____
Nome do paciente	Receita n.º
處方日期：___/___/___	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármacos e quantidades prescritas

處方編號 _____
 RECEITA N.º _____

供人類使用之精神藥物（表四）處方
 RECEITA DE PSICOTRÓPICOS (tabela IV) PARA USO HUMANO

醫院／診所 _____	醫療所 <input type="checkbox"/>	執照編號 _____
Hospital/Clinica	Consultório	Alvará n.º
地址：_____	電話／傳真 _____	
Endereço	Tel/Fax	
開處方之醫生名稱：_____	衛生局執照編號：_____	
Nome do médico Prescrevente	N.º da licença dos Serviços de Saúde	

病人資料 IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE	
姓名 Nome：_____	性別 Sexo：_____
住址 Morada：_____	年齡 Idade：_____
_____	身份證明文件編號 N.º do D.I.：_____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	包裝 Embalagens		治療期間 Duração do tratamento
			數量(數字) N.º	數量(大寫) Extenso	
1) 服用方法 Posologia					
2) 服用方法 Posologia					
3) 服用方法 Posologia					

___/___/___
 處方日期
 Data da prescrição

 醫生簽名及醫院／診所／醫療所蓋章
 Assinatura do médico e carimbo do Hospital / Clínica / Consultório

 藥房
 Farmácia

___/___/___
 調配日期
 Data de aviamento

 技術主管簽名及藥房蓋章
 Assinatura do Director Técnico e carimbo da farmácia

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

藥房存檔 Arquivar na farmácia

藥物監督管理局 - 格式 14
 ISAF - Modelo 14



澳門特別行政區政府
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau
 藥物監督管理局
 Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

病人姓名：_____	處方編號 _____
Nome do paciente	Receita n.º
處方日期：____/____/____	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármacos e quantidades prescritas

處方編號 _____
 RECEITA N.º _____

供人類使用之精神藥物（表四）處方
 RECEITA DE PSICOTRÓPICOS (tabela IV) PARA USO HUMANO

醫院／診所 _____	醫療所 <input type="checkbox"/> _____	執照編號 _____
Hospital/Clinica	Consultório	Alvará n.º
地址：_____	_____	電話／傳真 _____
Endereço		Tel/Fax
開處方之醫生名稱：_____	_____	衛生局執照編號：_____
Nome do médico Prescrevente		N.º da licença dos Serviços de Saúde

病人資料 IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE	
姓名 Nome：_____	性別 Sexo：_____
住址 Morada：_____	年齡 Idade：_____
_____	身份證明文件編號 N.º do D.I.：_____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	包裝 Embalagens		治療期間 Duração do tratamento
			數量(數字) N.º	數量(大寫) Extenso	
1) 服用方法 Posologia					
2) 服用方法 Posologia					
3) 服用方法 Posologia					

____/____/____
 處方日期
 Data da prescrição

 醫生簽名及醫院／診所／醫療所蓋章
 Assinatura do médico e carimbo do Hospital / Clínica / Consultório

 藥房
 Farmácia

____/____/____
 調配日期
 Data de aviamento

 技術主管簽名及藥房蓋章
 Assinatura do Director Técnico e carimbo da farmácia

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

寄送藥物監督管理局 A enviar ao ISAF

藥物監督管理局 - 格式 14
 ISAF - Modelo 14



澳門特別行政區政府
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau
 藥物監督管理局
 Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

就診動物基本資料：_____	處方編號 _____
Informações básicas do animal submetido ao tratamento	Receita n.º _____
處方日期：___/___/___	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármaco e quantidade prescrita

處方編號 RECEITA N.º _____

供動物使用之麻醉藥品及精神藥物（表二 B 與表二 C）處方
 RECEITA DE ESTUPEFACIENTES E PSICOTRÓPICOS (tabelas II-B e II-C)
 PARA USO VETERINÁRIO

動物診療活動場所：_____	准照編號 _____
Estabelecimento de actividades de atendimento clínico veterinário	N.º da licença
地址：_____	電話／傳真 _____
Endereço	Tel/Fax
開處方之獸醫名稱：_____	註冊編號：_____
Nome do veterinário Prescrevente	N.º de inscrição

動物所有人資料 IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO ANIMAL	
姓名 Nome：_____	性別 Sexo：_____
住址 Morada：_____	年齡 Idade：_____
_____	身份證明文件編號 N.º do D.I.：_____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	數量 Quantidade	治療期間 Duração do tratamento
1) 服用方法 Posologia				

_____/_____/_____ 處方日期 Data da prescrição	_____ 獸醫簽名及蓋章 Assinatura do veterinário e carimbo
---	---

_____ 藥房 Farmácia	_____/_____/_____ 調配日期 Data de aviamento	_____ 技術主管簽名及蓋章 Assinatura do Director Técnico e carimbo
-------------------------	--	--

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

_____ 取藥者姓名 Nome do adquirente	_____ 身份證明文件編號 N.º do doc. de identificação	_____ 簽名 Assinatura
--------------------------------------	---	---------------------------

交予動物所有人 Para o proprietário do animal



澳門特別行政區政府
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau
 藥物監督管理局
 Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

就診動物基本資料：_____	處方編號 _____
Informações básicas do animal submetido ao tratamento	Receita n.º
處方日期：____/____/____	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármaco e quantidade prescrita

處方編號 RECEITA N.º _____

供動物使用之麻醉藥品及精神藥物（表二 B 與表二 C）處方
 RECEITA DE ESTUPEFACIENTES E PSICOTRÓPICOS (tabelas II-B e II-C)
 PARA USO VETERINÁRIO

動物診療活動場所：_____	准照編號 _____
Estabelecimento de actividades de atendimento clínico veterinário	N.º da licença
地址：_____	電話／傳真 _____
Endereço	Tel/Fax
開處方之獸醫名稱：_____	註冊編號：_____
Nome do veterinário Prescrevente	N.º de inscrição

動物所有人資料 IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO ANIMAL	
姓名 Nome：_____	性別 Sexo：_____
住址 Morada：_____	年齡 Idade：_____
_____	身份證明文件編號 N.º do D.I.：_____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	數量 Quantidade	治療期間 Duração do tratamento
1) 服用方法 Posologia				

____/____/____ 處方日期 Data da prescrição	_____ 獸醫簽名及蓋章 Assinatura do veterinário e carimbo
--	---

_____ 藥房 Farmácia	____/____/____ 調配日期 Data de aviamento	_____ 技術主管簽名及蓋章 Assinatura do Director Técnico e carimbo
-------------------------	---	--

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

_____ 取藥者姓名 Nome do adquirente	_____ 身份證明文件編號 N.º do doc. de identificação	_____ 簽名 Assinatura
--------------------------------------	---	---------------------------

藥房存檔 Arquivar na farmácia



澳門特別行政區政府
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau
 藥物監督管理局
 Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

就診動物基本資料：_____	處方編號 _____
Informações básicas do animal submetido ao tratamento	Receita n.º
處方日期：____/____/____	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármaco e quantidade prescrita

處方編號 RECEITA N.º _____

供動物使用之麻醉藥品及精神藥物（表二 B 與表二 C）處方
 RECEITA DE ESTUPEFACIENTES E PSICOTRÓPICOS (tabelas II-B e II-C)
 PARA USO VETERINÁRIO

動物診療活動場所：_____	准照編號 _____
Estabelecimento de actividades de atendimento clínico veterinário	N.º da licença
地址：_____	電話／傳真 _____
Endereço	Tel/Fax
開處方之獸醫名稱：_____	註冊編號：_____
Nome do veterinário Prescrevente	N.º de inscrição

動物所有人資料 IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO ANIMAL	
姓名 Nome：_____	性別 Sexo：_____
住址 Morada：_____	年齡 Idade：_____
_____	身份證明文件編號 N.º do D.I.：_____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	數量 Quantidade	治療期間 Duração do tratamento
1) 服用方法 Posologia				

____/____/____ 處方日期 Data da prescrição	_____ 獸醫簽名及蓋章 Assinatura do veterinário e carimbo
--	---

_____ 藥房 Farmácia	____/____/____ 調配日期 Data de aviamento	_____ 技術主管簽名及蓋章 Assinatura do Director Técnico e carimbo
-------------------------	---	--

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

_____ 取藥者姓名 Nome do adquirente	_____ 身份證明文件編號 N.º do doc. de identificação	_____ 簽名 Assinatura
--------------------------------------	---	---------------------------

寄送藥物監督管理局 A enviar ao ISAF



澳門特別行政區政府
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau
 藥物監督管理局
 Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

就診動物基本資料：_____	處方編號 _____
Informações básicas do animal submetido ao tratamento	Receita n.º
處方日期：___/___/___	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármacos e quantidades prescritas

處方編號 RECEITA N.º _____

供動物使用之精神藥物（表四）處方
 RECEITA DE PSICOTRÓPICOS (tabela IV) PARA USO VETERINÁRIO

動物診療活動場所：_____	准照編號 _____
Estabelecimento de actividades de atendimento clínico veterinário	N.º da licença
地址：_____	電話／傳真 _____
Endereço	Tel/Fax
開處方之獸醫名稱：_____	註冊編號：_____
Nome do veterinário Prescrevente	N.º de inscrição

動物所有人資料 IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO ANIMAL	
姓名 Nome：_____	性別 Sexo：_____
住址 Morada：_____	年齡 Idade：_____
_____	身份證明文件編號 N.º do D.I.：_____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	數量 Quantidade	治療期間 Duração do tratamento
1) 服用方法 Posologia				
2) 服用方法 Posologia				
3) 服用方法 Posologia				

___/___/___
 處方日期
 Data da prescrição

 獸醫簽名及蓋章
 Assinatura do veterinário e carimbo

 藥房
 Farmácia

___/___/___
 調配日期
 Data de aviamento

 技術主管簽名及蓋章
 Assinatura do Director Técnico e carimbo

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

交予動物所有人 Para o proprietário do animal



澳門特別行政區政府
Governo da Região Administrativa Especial de Macau
藥物監督管理局
Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

就診動物基本資料：_____	處方編號_____
Informações básicas do animal submetido ao tratamento	Receita n.º
處方日期：___/___/___	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármacos e quantidades prescritas

處方編號 RECEITA N.º _____

供動物使用之精神藥物（表四）處方
RECEITA DE PSICOTRÓPICOS (tabela IV) PARA USO VETERINÁRIO

動物診療活動場所：_____	准照編號_____
Estabelecimento de actividades de atendimento clínico veterinário	N.º da licença
地址：_____	電話／傳真_____
Endereço	Tel/Fax
開處方之獸醫名稱：_____	註冊編號：_____
Nome do veterinário Prescrevente	N.º de inscrição

動物所有人資料 IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO ANIMAL	
姓名 Nome：_____	性別 Sexo：_____
住址 Morada：_____	年齡 Idade：_____
_____	身份證明文件編號 N.º do D.I.：_____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	數量 Quantidade	治療期間 Duração do tratamento
1) 服用方法 Posologia				
2) 服用方法 Posologia				
3) 服用方法 Posologia				

___/___/___
 處方日期
 Data da prescrição

 獸醫簽名及蓋章
 Assinatura do veterinário e carimbo

 藥房
 Farmácia

___/___/___
 調配日期
 Data de aviamento

 技術主管簽名及蓋章
 Assinatura do Director Técnico e carimbo

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

藥房存檔 Arquivar na farmácia



澳門特別行政區政府
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau
 藥物監督管理局
 Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

就診動物基本資料：_____	處方編號 _____
Informações básicas do animal submetido ao tratamento	Receita n.º
處方日期：____/____/____	藥物名稱及處方數量：_____
Data da prescrição	Fármacos e quantidades prescritas

處方編號 RECEITA N.º _____

供動物使用之精神藥物（表四）處方
 RECEITA DE PSICOTRÓPICOS (tabela IV) PARA USO VETERINÁRIO

動物診療活動場所：_____	准照編號 _____
Estabelecimento de actividades de atendimento clínico veterinário	N.º da licença
地址：_____	電話／傳真 _____
Endereço	Tel/Fax
開處方之獸醫名稱：_____	註冊編號：_____
Nome do veterinário Prescrevente	N.º de inscrição

動物所有人資料 IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO ANIMAL	
姓名 Nome：_____	性別 Sexo：_____
住址 Morada：_____	年齡 Idade：_____
_____	身份證明文件編號 N.º do D.I.：_____

商用名稱或通用名稱 Nome comercial ou genérico	含量 Dosagem	劑型 Forma Farm.	數量 Quantidade	治療期間 Duração do tratamento
1) 服用方法 Posologia				
2) 服用方法 Posologia				
3) 服用方法 Posologia				

____/____/____
 處方日期
 Data da prescrição

 獸醫簽名及蓋章
 Assinatura do veterinário e carimbo

 藥房
 Farmácia

____/____/____
 調配日期
 Data de aviamento

 技術主管簽名及蓋章
 Assinatura do Director Técnico e carimbo

自處方日期起五日內有效 Válido por 5 dias após a data de prescrição

寄送藥物監督管理局 A enviar ao ISAF