



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde  
Diretoria de Assistência Farmacêutica

FARMÁCIA AMBULATORIAL DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA  
FORMULÁRIO DE DISPENSAÇÃO MEDICAMENTOS

Especialidade:

Nome do paciente:

Fone:

Número SES:

CID da doença:

Medicamento:

Posologia:

Duração do tratamento:

Crêterios para escolha do medicamento:

Gestante: ( ) SIM ( ) NÃO

Semanas de Gestação: \_\_\_\_\_ em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data Provável do Parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico(a):

Data:

Nome e carimbo c/ CRM