



**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:

Critérios para escolha do medicamento:

Gestante:  SIM  NÃO

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

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

Médico(a):

Data: