



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPACIALIZADA À SAUDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA E SERVIÇOS INTEGRADOS
DIRETORIA DE ENFERMAGEM
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

Formulário para fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde para realização de procedimento domiciliar

Nome do Paciente:	
Nº SES CNS	Contato:

RELATÓRIO TÉCNICO

Descrição de necessidade de uso:

(15 linhas para descrição da necessidade de uso)

Descrição do medicamento e/ou material curativo e quantidade:

(15 linhas para descrição do medicamento e quantidade)

Data da prescrição		Data da reavaliação do paciente	
Nome do prescriptor:		Matrícula SES	
Assinatura e carimbo		Nº do conselho de classe	

O período máximo de reavaliação do paciente deverá ser de **6(seis) meses**, para materiais médicos e de **7(sete) meses**, para curativos especiais.