



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Diretoria de Assistência Farmacêutica

FARMÁCIA AMBULATORIAL DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA FORMULÁRIO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

ESPECIALIDADE:

NOME DO PACIENTE:

TELEFONE:

NUMERO DO SES:

CID DA DOENÇA:

MEDICAMENTO:

POSOLOGIA:

DURAÇÃO DO TRATAMENTO:

CRITÉRIOS PARA A ESCOLHA DA MEDICAÇÃO:

GESTANTE:

☐

SIM

☐

NÃO

/ SEMANAS DE GESTAÇÃO:

☐

DATA:

DATA PROVÁVEL DO PARTO:

DATA:

MÉDICO/CRM