



Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde
Diretoria de Atenção Primária à Saúde
Gerência de Áreas Programáticas Estratégicas
Coordenação do Programa de Atendimento ao
Paciente Asmático do DF



Hospital Regional do Gama

NOME:

RECEITA MÉDICA

USO INALATÓRIO (uso contínuo)

() GLICOPIRRÔNIO 50 mg ----- 30 cápsulas/mês
Fazer 01 cápsula inalada 01 vez ao dia.

() SALMETEROL/FLUTICASONA 50/500 µg (uso contínuo)----- 60 doses/mês
Inalar 01 dose 12/12h . Lavar a boca após cada uso.

() FORMOTEROL/BUDESONIDA 12/400 mcg ----- 60 doses /mês
Inalar 01 dose 12/12h . Lavar a boca após cada uso.

() FORMOTEROL/BUDESONIDA 06/200 mcg ----- doses /mês
Inalar _____ dose (s) 12/12h . Lavar a boca após cada uso.

() SALBUTAMOL (AEROLIN) 100µg "SPRAY" ----- 1 frasco/mês
Aspirar _____ jatos em caso de falta de ar ou chiado no peito, até 4/4 horas.

BRASÍLIA/DF, ____ de ____ de 20__

Carimbar e assinar o staff responsável