



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome:

Reg.:

Unid. de Saúde:

Clínica:

☐ Ambulatório

☐ Emergência

Uso Inalatório

Salmeterol + fluticasona 25/125 mcg Spray _____ uso contínuo

Inalar _____ dose de 12/12 h

Lavar a boca após o uso.

‘O FUMO FAZ MAL À SUA SAÚDE E À DOS OUTROS’

Data:

Assinatura e Carimbo



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 () NÃO SE APLICA

Semanas de Gestação: _____ em: ____/____/____

Data Provável do Parto: ____/____/____

Médico(a):

Data:

ii Nome e carimbo c/ CRM