



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



NOME: _____

SES _____

RECEITA MÉDICA

USO INALATÓRIO (USO CONTÍNUO)

() GLICOPIRRÔNIO 50 MCG _____ 30 CÁPSULAS/MÊS
FAZER 01 CÁPSULA INALADA 1 VEZ AO DIA

() SALMETEROL/FLUTICASONA 50/500 MCG AEROSOL (USO CONTÍNUO) _____ 60 DOSES
INALAR 1 DOSE DE 12/12 HORAS
LAVAR A BOCA APÓS CADA USO.

() FORMOTEROL/BUDESONIDA 12/400MCG _____ DOSES/MÊS
INALAR _____ DOSES DE 12/12 HORAS
LAVAR A BOCA APÓS CADA USO

() FORMOTEROL /BUDONENIDA 06/200 MCG _____ DOSES/ MÊS
INALAR _____ DOSES 12/12 HORAS
LAVAR A BOCA APÓS CADA USO.

() SALBUTAMOL (AEROLIN) 100 MCG SPRAY _____ 1 FRASCO/MÊS
ASPIRAR _____ JATOS EM CASO DE FALTA DE AR OU CHIADO NO PEITO ATÉ DE 4/4 HORAS.

() BROMETO DE UMECLIDINIO + TRIFENATATO DE VELANTEROL 6,25 + 25 MCG
PÓ INALANTE _____ 60 DOSES

() BROMETO DE TIOTRÓPIO MONOIDRATADO + CLORIDRATO DE OLODATEROL 2,5 + 2,5 MCG
SOL. INALANTE _____ 60 DOSES

Brasília/DF, _____ de _____ de 20 _____

Carimbar e assinar o staff responsável