GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Gerência do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

RELATÓRIO MÉDICO

O paciente _____, DN _____, está em acompanhamento ambulatorial nesse serviço em função do Diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH, CID-10: _____.

Idade de início dos sinais e sintomas:
Descrição detalhada dos sinais e sintomas, áreas comprometidas e se há presença de outros transtornos mentais associados:

Observação: Anexar eletrocardiograma com laudo emitido por cardiologista dentro do prazo de 01 ano. Em caso de alteração no ECG, é necessário informar se o paciente tem contraindicação, do ponto de vista cardiológico, para o uso do medicamento METILFENIDATO.

Data: _____/_____/_____ _____

Assinatura do médico assistente/carimbo