



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 DE MEDICAMENTOS

Especialidade:

Nome do paciente:

Fone:

Número SES:

CID da doença:

Medicamento:

Posologia:

Duração do tratamento:

Critérios para escolha do medicamento:

Gestante: () SIM () NÃO

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

Data Provável do Parto: ____/____/____

Médico(a):

Data:

Nome e carimbo c/ CRM