Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Atenção à Saúde
Diretoria de Assistência Farmacêutica

FARMÁCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA
FORMULÁRIO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS
TERIPARATIDA

NOME DO PACIENTE:	
C.N.S.:	Telefone:
CID 10:	
MEDICAMENTO	POSOLOGIA
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DA OSTEOPOROSE	
DENSITOMETRIA OSSEA (menos de 1ano) ( ) RAIO X DO LOCAL DA FRATURA ( ) EXAMES LABORATORIAIS: CALCIO(sangue) ( ) HC ( ) CALCIO(urina) ( ) PTH ( ) FOSFORO(sangue) ( ) RECEITA MÉDICA ( ) RELATORIO MÉDICO ( )	
MEDICO(A) SOLICITANTE: DATA	CRM
PARECER DA COORDENAÇÃO DA OSTEOPOROSE	

Observações:
È obrigatório a apresentação de todos os exames mencionados acima e o preenchimento de todos os campos para o cadastro do paciente e liberação do medicamento.