



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO

ASMA

Relato junto à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) que o Sr.(a) _____ está em acompanhamento clínico no ambulatório de _____, sendo portador (a) de **ASMA GRAVE** – CID 10: () J45.0, () J45.1 ou () J45.8.

Paciente com cinco ou mais anos de idade apresentado os seguintes sinais e sintomas:

sendo excluídas outras causas de dispnéia, sibilância ou tosse recorrentes.

O referido paciente necessita de medicação inalatória de uso contínuo (receita em anexo).

Brasília/DF, _____ de _____ de 20____.

Assinatura e carimbo do médico assistente