



RELATÓRIO MÉDICO

Relato junto à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) que o Sr.(a) _____, _____ anos é portador (a) de **DPOC** – CID 10: () J44.0, () J44.1 ou () J44.8.

Estágio da DPOC: _____

Paciente tabagista: () sim () não

Número de exacerbações nos últimos 12 meses: _____

Doenças concomitantes: _____

Outras informações relevantes: _____

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

Brasília/DF, _____ de _____ de 20____.

Carimbo e Assinatura do Médico Assistente