



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL - GDF
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DÍGITO TERMINAL

CRON-DALFA

Sexo
1. Masc
2. Fem

Diagnóstico:

Idade:

Iniciais do Nome

Dia

Mês

Ano

Hospital: _____ Enf.: _____ Leito: _____

Peso:

Nome:

MEDICAMENTO
(Dose, Via, Intervalo)

Data: / /

Data: / /

Data: / /

Data:

Horário

Un Qt

Horário

Un Qt

Horário

Un Qt

Horário

"Escreva em letra legível. Isto é segurança para seu paciente"

HEMODERIVADOS

Data: __/__/__

Data: __/__/__

Data: __/__/__

Data: __/__/__

ALIMENTAÇÃO

Data: __/__/__

Data: __/__/__

Data: __/__/__

Data: __/__/__

CUIDADOS ESPECIAIS - MEDIDAS COMPLEMENTARES

Data: __/__/__

Data: __/__/__

Data: __/__/__

Data: __/__/__