Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE

OS MEUS MEDICAMENTOS – CONSULTA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

BLOCO OPERATÓRIO

Nome:_____

Data de nascimento:_____/_____/_____ Contacto:_____

Alergias:_____

_____

Indique todos os medicamentos prescritos, não prescritos, de venda livre, ervas, vitaminas e suplementos:

Nome do Medicamento	Dose (quantidade)	Quantas vezes e quando (manhã, tarde, noite)	Motivo porque tomo