

Alerta Médico (clique para completar os detalhes abaixo)

Nome.....

Este paciente está sob os cuidados do Dr......

Informações de contato:

.....

.....

Caso apresente indisposição com algum dos sintomas de:

.....

Efectuar os seguintes testes:

Medicamentos que este paciente toma(escreva abaixo ou anexe cópia da prescrição):

.....

.....

.....

.....

Para mais informações sobre esta condição visite o site:

.....