

INFORMAÇÕES MÉDICAS



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE APOIO
À FAMÍLIA COM HIPERTENSÃO PULMONAR
E DOENÇAS CORRELATAS

Nome: _____

Telefone: _____

ATUALIZE ESTA FICHA A CADA 3 MESES.

Este paciente possui Hipertensão Pulmonar. Nenhuma medicação deve ser prescrita ou dosagem alterada sem antes consultar o médico:

Informações do Paciente

Nome: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Alergias: _____

Patologias

Descrição da doença: _____

Data do diagnóstico: _____

Medicações que toma

Descrição: _____

Dosagem: _____

Cirurgias realizadas: _____

Informações de emergência

Médico responsável: _____

Instituição: _____

Telefone: _____

Em caso de emergência, encaminhar ao hospital: _____

Endereço: _____

Plano de saúde: _____

Contato de emergência: _____

Telefone: _____

Medicações que não podem ser administradas (alergias ou efeitos colaterais)

Descrição: _____

Dosagem: _____

