

RESUMO DA CONSULTA



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

Data: / /

Médico:

Motivo da consulta:

Houve mudança no tratamento? SIM / NÃO Qual?

Será necessário realizar exame? SIM / NÃO Qual?

Alguma recomendação especial foi passada pelo médico? SIM / NÃO Qual?

Data da próxima consulta:

