

## FICHA DE SAÚDE E MEDICAÇÕES DO ACAMPANTE

NOME ACAMPANTE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ NOME RESP.: \_\_\_\_\_ CEL RESP.: \_\_\_\_\_

TIPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_ FATOR RH: \_\_\_\_\_

CONVÊNIO MÉDICO: \_\_\_\_\_ PLANO: \_\_\_\_\_

HOSPITAL CONVENIADO MAIS PRÓXIMO: \_\_\_\_\_

ESTÁ EM TRATAMENTO? (  ) SIM (  ) NÃO. Em caso positivo especifique:

TOMA MEDICAÇÃO DIÁRIA? (  ) SIM (  ) NÃO - Obs: Identificar abaixo medicações comumente usadas em caso de necessidade.

MEDICAMENTO	DOSE	HORÁRIO	EM USO	SE NECESSÁRIO
			( <input type="checkbox"/> )	( <input type="checkbox"/> )
			( <input type="checkbox"/> )	( <input type="checkbox"/> )
			( <input type="checkbox"/> )	( <input type="checkbox"/> )
			( <input type="checkbox"/> )	( <input type="checkbox"/> )
			( <input type="checkbox"/> )	( <input type="checkbox"/> )
			( <input type="checkbox"/> )	( <input type="checkbox"/> )

Está levando algum tipo de medicação na mala, além da já descrita? (  ) SIM (  ) NÃO

Em caso positivo, qual? \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ass. Responsável: \_\_\_\_\_

Favor anexar outras orientações caso necessário. Levar na mala carteirinha do convênio.