

Por favor verifique:

Tipo de Cirurgia: _____

Do meu lado: Esquerdo Direito

O meu Cirurgião: _____

Grupo Sanguíneo: _____

As minhas alergias: _____

A minha actual medicação: _____

Outras informações importantes: _____

O meu nome: _____

(por favor lembre-se do meu antibiótico)



Por favor verifique:

Tipo de Cirurgia: _____

Do meu lado: Esquerdo Direito

O meu Cirurgião: _____

Grupo Sanguíneo: _____

As minhas alergias: _____

A minha actual medicação: _____

Outras informações importantes: _____

O meu nome: _____

(por favor lembre-se do meu antibiótico)



Por favor verifique:

Tipo de Cirurgia: _____

Do meu lado: Esquerdo Direito

O meu Cirurgião: _____

Grupo Sanguíneo: _____

As minhas alergias: _____

A minha actual medicação: _____

Outras informações importantes: _____

O meu nome: _____

(por favor lembre-se do meu antibiótico)



Por favor verifique:

Tipo de Cirurgia: _____

Do meu lado: Esquerdo Direito

O meu Cirurgião: _____

Grupo Sanguíneo: _____

As minhas alergias: _____

A minha actual medicação: _____

Outras informações importantes: _____

O meu nome: _____

(por favor lembre-se do meu antibiótico)

