

Os meus medicamentos

Os meus dados	
Nome _____ _____	Contacto Médico de Família _____ _____
Data de nascimento _____	Contacto Farmácia _____ _____
Morada _____ _____	Contacto de Emergência _____ _____
Contacto _____	

Medicamentos prescritos, não prescritos, de venda livre, ervas, vitaminas e suplementos:

Nome do Medicamento	Dose (quantidade)	Quantas vezes e quando (manhã, tarde, noite)	Como tomar (com ou sem comida)	Motivo porque tomo

As minhas alergias:

Alergia a	Reacção	Severidade da Reacção (ligeira, moderada, grave, risco de vida)