

Data de receção:

____/____/____

MÉDICA DE FAMÍLIA

URGENTE

☐

A PREENCHER PELA ASSISTENTE TÉCNICA



PEDIDO DE RECEITUÁRIO

É FAVOR PREENCHER A SEGUINTE INFORMAÇÃO:

• NOME COMPLETO:

• Nº UTENTE / DATA DE NASCIMENTO:

• PRETENDE A RECEITA: Escolha a opção pretendida.

☐

VIA SMS

(ESCREVA O SEU Nº TELEMOVEL)

☐

EMAIL

(ESCREVE O SEU EMAIL)

☐

PAPEL

• NOME DA MEDICAÇÃO E O Nº EMBALAGENS

Poderá em alternativa anexar as tampas das caixas dos medicamentos com agrafos/fita cola no verso da folha

MEDICAMENTO <i>Não esquecer de mencionar a dosagem.</i>	Nº CAIXAS

Obrigada!