

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
			()	()
			()	()
			()	()
			()	()
			()	()
			()	()

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.