



**OS MEUS MEDICAMENTOS – CONSULTA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**  
**BLOCO OPERATÓRIO**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Indique todos os medicamentos prescritos, não prescritos, de venda livre, ervas, vitaminas e suplementos:**

Nome do Medicamento	Dose (quantidade)	Quantas vezes e quando (manhã, tarde, noite)	Motivo porque tomo