

OS MEUS MEDICAMENTOS – CONSULTA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO OPERATÓRIO

Nome: _____

Data de nascimento: _____ / _____ / _____ Contato: _____

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