

C - INFORMAÇÃO MÉDICA (A SER PREENCHIDA PELO MÉDICO (A) QUE O (A) OBSERVOU) OU INFORMAÇÃO TÉCNICA (A SER PREENCHIDA PELO TÉCNICO (A) QUE REALIZOU O EXAME)

Data provável do início da doença / ferimento:

História da doença / Ferimento actual

GESTANTES

Data da última menstruação

Data provável do parto

Observações: _____

Em caso de consulta:

Assinatura do(a) Médico(a) que o(a) observou / N° da Ordem dos Médicos

Em caso de exames médicos:

Assinatura do(a) analista que realizou o exame

Data Hora

