



**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:**

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