



## Medicina e Saúde Ocupacional - Global

Formulário de Notificação da Medicação 325

Nome:	PIN:	Data:
Data de Nascimento:	Supervisor:	Telefone do Supervisor:
Localização do MOH:	Localização:	Cargo/Função:
Telefone diurno:	Telefone noturno:	Endereço de email:

### Instruções

- Liste todos os medicamentos que toma para os quais o Banco de Dados de Medicamentos Global requer que entre em contacto com o departamento de Medicina e Saúde Ocupacional:
- Liste todos os medicamentos/substâncias que toma e que não aparecem no Banco de Dados de Medicamentos Global:
- Se você não teve informação do MOH, antes de se apresentar ao trabalho, ligue para o MOH para os questionar.

Nome do medicamento:	Dose:	Frequência:	Razão:	Quanto tempo tomou ?	Efeitos colaterais actuais	Data da prescrição (se houver)

POR FAVOR IMPRIMA E GUARDE ESTE E-MAIL

Privado – Este documento não é Privado enquanto não incluir informações pessoais

Notificação da Medicação

