

Relatório Médico

(Nome do Médico) _____ portador da Cédula Profissional N.º _____, declara por sua honra profissional que observou a o(a) Sr(a) _____, para efeitos de admissão na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P., identificando:

1. Problemas de saúde (agudos e crónicos)

2. Medicação atual

3. Dependência de Terceiros:

Total	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>
Temporária	<input type="checkbox"/>	Permanente	<input type="checkbox"/>

4. A existência de doenças:

qual ou quais?

de foro psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	_____
infecciosa	<input type="checkbox"/>	_____

Por ser verdade e lhe ter sido pedido passa o presente atestado que data e assina

_____ (local), _____ / _____ / _____ (data)

_____ (assinatura)