

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		Parcial	
Temporária		Permanente	

4. A existência de doenças:

Qual ou quais?

De foro psiquiátrico		
Infecciosa		



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL
DAS FORÇAS ARMADAS

5. A situação de saúde do(a) beneficiário, para efeitos de inscrição em ERPI/Admissão permanente em ERPI/Admissão temporária em ERPI (retirar o que não se aplica) pode comprometer a livre e esclarecida formação e/ou expressão da vontade?

Não	<input type="checkbox"/>
Sim	<input type="checkbox"/>

Diagnóstico não conclusivo Recomendações: _____

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

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

_____ (assinatura)