

5. Exames complementares:

.....
.....
.....
.....

6. Estado actual:

.....
.....
.....
.....

- Grau de limitação Mental (orientação no espaço e no tempo)

.....
.....
.....

- Grau de limitação Física (visão, audição, linguagem, movimentos, esfínteres)

.....
.....
.....

7. Terapêutica a realizar:

.....
.....
.....
.....

8. Previsão do grau de recuperação (e, em caso de necessidade de internamento, instituição adequada e previsível duração):

.....
.....
.....
.....

9. Outras observações que julgar convenientes:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data/...../.....

Assinatura

Nome (completo) do Médico

Especialidade

Cédula Prof. Ordem dos Médicos N.º

O SBC / SAMS SBC é responsável pelos presentes dados e assegura aos seus titulares o direito de acesso, correcção e supressão, sempre que legitimamente lhe solicitem por escrito.