

PROGRAMA DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA APLICADA

ESTUDO DE ACÇÃO DA ÁGUA MINERO - MEDICINAL DAS TERMAS DE TERRONHA - VIMIOSO

DADOS GERAIS

(A preencher pelo paciente)

Nome _____	Idade: _____	
Residência: _____		
Código Postal: _____	Telf: _____	Telm: _____
E-mail: _____		
Nº de Cartão de Utente: _____		
Observações: _____		

_____ Quinzena / Mês (pretendido) _____		

DADOS CLÍNICOS

(A preencher pelo Médico)

Nome do Médico: _____		
Especialidade: _____		
Centro de Saúde: _____	Extensão de: _____	
Patologia:	Lombalgia <input type="checkbox"/>	Rinosinusite <input type="checkbox"/>
Historia Clínica: _____		

Medicamentos: _____		

Contra Indicações: _____		

Data: ____/____/____	O Médico (assinat): _____	

O médico Hidrologista

Inscrito na _____ quinzena/Mês _____

O Funcionário: _____