

**CONFIDENCIAL**



**ARS NORTE**  
Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

## TELEFAX

### CENTRO DE REFERÊNCIA REGIONAL PARA A TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE DA REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE (CRRMR- NORTE)

Remetente: <i>o Coordenador do CRRMR – Raquel Duarte (ver rodapé)</i>	
Para:	
Assunto: <i>Caso de tuberculose multirresistente</i>	
Nome:	
Data:     /     /	Data da próxima consulta:     /     /

**Agradecemos confirmação da apresentação do doente referido através da devolução deste fax**

Nome do médico remetente:		
Serviço:	Tel:	Fax:
E-mail:	@	
Confirmo a apresentação de:		Nº de processo:
No dia:     /     /	e já iniciou o esquema proposto em TOD <input type="checkbox"/>	

Para informações adicionais, contacte:

Raquel Duarte

Centro de Referência Regional para a Tuberculose Multirresistente da Região de Saúde do Norte

Centro de Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia

Rua Conselheiro Veloso da Cruz

4400-092 Vila Nova de Gaia

Tel: 223710773; Fax: 223710772

E-mail: [cdpgaia@csbcorvo.min-saude.pt](mailto:cdpgaia@csbcorvo.min-saude.pt)