



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

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

FORMULÁRIO PARA SEGUIMENTO DO CASO

Nome: _____ Idade: _____ Peso: _____

Morada: _____ Código Postal: _____ / _____

Concelho: _____ Freguesia: _____ Telef: _____

Enviado de CRRMR-Norte Data ___/___/___

Telefone/Fax _____ E-mail _____

Médico Responsável pela informação: _____

Observação da consulta

Revisão do esquema terapêutico pelo CRRMR-Norte: ___/___/___

Medicamento	Dose/dia	Tomas/dia	Horário

Medicamento	Dose/dia	Tomas/dia	Horário

Follow up proposto:

Avaliação	Parâmetros	Periodicidade
Clínica		
Analítica		
Bacteriológica		
Radiológica		

Próxima consulta no CRRMR-NORTE:

___/___/___

Data ___ / ___ / ___

Assinatura _____