



# DEPARTAMENTO DE SAÚDE E BEM ESTAR

## CONTROLE DE MEDICAMENTOS DE EMBARQUE TEMPORADA

Resort:  NR - Sapucaí-Mirim (NR1)  NR - Santo Antônio do Pinhal (NR2)

NOME DO ACAMPANTE:		IDADE:	CÓDIGO:
Nº DO ÔNIBUS:	NOME RESPONSÁVEL ENTREGOU MEDICAÇÃO:		
PARENTESCO:		TELEFONE:	
ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL:			

MEDICAMENTO	DOSE	HORÁRIO	EM USO	SE NECESSÁRIO
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Está levando algum tipo de medicação na mala, além da já descrita?  Sim  Não

Em caso positivo, qual? \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ass. Responsável: \_\_\_\_\_

**OBS:** Favor anexar outras orientações caso necessário.

### Uso interno para retorno:

Os devidos medicamentos foram conferidos e entregues ao monitor, do qual se comprometeu a colocar na mala de viagem do acampante.

Monitor(a): \_\_\_\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_

Monitor(a): \_\_\_\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_