CLÍNICA SANTA HELENA	**PRESCRIÇÃO MÉDICA** ATENÇÃO: Assinar e carimbar	Nome: _____ Data de nascimento: _____/_____/_____ **PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO**

Data: ____/____/20___ Horário: ____:____h

ALERGIAS:

Nº	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS

Assinatura e carimbo da ENFERMEIRA

Assinatura e carimbo do MÉDICO