

TERMO DE LIBERAÇÃO DO CLÍNICO

Identificação

Nome: _____ Idade: _____

PA: _____ Pulso: _____

Exame Físico:

Resultado dos Exames (anotar ou enviar em anexo)

Cuidados especiais:

Apto: () SIM () NÃO

Sugestões de exames a serem realizados:

- Hemograma
- Na K+ (sódio e potássio)
- Avaliação cardiológica (ECG)
- Avaliação Neurológica (TCE e/ou F.O)
- Raio X do tórax

Assinatura médico