



# RHODE ISLAND MEDICAL IMAGING

## LISTA DE MEDICAMENTOS PARA PROCEDIMENTO MAMÁRIO GUIADO POR IMAGEM

Nome do(a) doente (letras maiúsculas): \_\_\_\_\_

Indique todas as alergias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### NA ÚLTIMA SEMANA, TOMOU ALGUM DOS SEGUINTE MEDICAMENTOS?

1. Alguma medicação para diluir o sangue?

SIM

NÃO

(Podem incluir: heparina, Lovenox, Coumadin, Plavix, Ticlid e outros)

Se sim, preencha uma lista abaixo:

Medicação	Dose	Data e hora da última dose

Além dos acima, identifique todas e quaisquer medicações atuais que tenha tomado na última semana listando-as abaixo:

Medicação	Dose	Data e hora da última dose

Assinatura do(a) doente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

(Doente ou pessoa autorizada a consentir pelo doente)

*Apenas para uso em consultório, não escreva abaixo desta linha*

I have reviewed the above list of current Medications with the patient prior to the procedure.

Date: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_

Physician's name \_\_\_\_\_

Physician's signature: \_\_\_\_\_