



Prescrição de Ajuda Técnica

Identificação do Utente

Nome _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal ____/____

Telefone _____ N.º Utente _____

Identificação da Ajuda Técnica a solicitar:

Cama articula com grade e colchão	
Cadeira de rodas	
Cadeira de duche	
Cadeira sanitária	
Cadeirão de repouso	
Andarilho	

Colchão anti escaras de pressão alternada	
Mesa de apoio	
Pedaleira	
Outra: Qual? _____	

Tipo de Utilização:

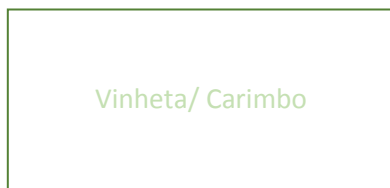
Permanente _____ Temporário _____ Tempo previsto _____

Identificação do/a Médico/a

Nome (legível) _____

Cédula Profissional n. _____

Unidade de Saúde/ Hospital (SNS): _____



Assinatura: _____