



## Prescrição Médica de Ajuda Técnica

### Identificação do/a Utente

Nome: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_  
Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ N.º SNS: \_\_\_\_\_  
Peso aprox. do Utente: \_\_\_\_\_ kg

### Identificação da Ajuda Técnica a solicitar:

Cama articulada, com grade e colchão	<input type="checkbox"/>	Andarilho	<input type="checkbox"/>
Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/>	Mesa de Apoio	<input type="checkbox"/>
Cadeira de Duche	<input type="checkbox"/>	Pedaleira	<input type="checkbox"/>
Cadeira Sanitária	<input type="checkbox"/>	Canadianas	<input type="checkbox"/>
Cadeirão de Repouso	<input type="checkbox"/>	Outra. Qual?	<input type="checkbox"/>

### Tipo de utilização:

Permanente: \_\_\_\_\_  
Temporário: \_\_\_\_\_ Tempo Previsto: \_\_\_\_\_

### Identificação do/a Médico/a prescritor:

Nome (legível) \_\_\_\_\_  
Cédula Profissional n.º \_\_\_\_\_  
Unidade de Saúde/ Hospital (SNS) \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

Vinheta/ Carimbo

Assinatura: \_\_\_\_\_

Parceiros

