



## Medicações Administradas

<i>Nome do medicamento</i>	<i>Dosagem</i>	<i>Frequência</i>

*Observações:*

## Resultados de Exames e Avaliações

## Prognóstico

*(Descreva possíveis sequelas, limitações físicas, e terapias desenvolvidas.)*

## Tempo de repouso

Data de Início do Repouso:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data Prevista de Retorno às Atividades:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Médico Responsável

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_