

E-MAIL:

TELEFONE:

NOME:

INSTITUIÇÃO/ HEMOCENTRO

- ▶ Se houver alguma dúvida relacionada à hemofilia A ou ao seu tratamento atual, por favor, entre em contato com a equipe de saúde.
- ▶ Entre em contato com a instituição de saúde/ hemocentro para atendimento imediato.

EM CASO DE EMERGÊNCIA:



CARTÃO DO PACIENTE

ANOTAÇÕES/ OUTRAS INFORMAÇÕES:

Não tome medicamentos por conta própria. Siga corretamente as orientações do(a) seu(sua) médico(a). Na ocorrência de reações indesejáveis, informe imediatamente o(a) seu(sua) médico(a). Material destinado ao público leigo. Direitos reservados - é proibida a reprodução total ou parcial sem prévia autorização de Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A. Material de cunho estritamente científico, tem objetivo educacional e não tem a finalidade de condicionar a prescrição, uso, promoção, venda, recomendação, indicação ou endosso de nenhum produto Roche ou qualquer concessão de benefício à Roche. M-BR-00004483 - agosto/ 2023

PACIENTE

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

TELEFONE:

TIPO SANGUÍNEO:

DIAGNÓSTICO:

MEDICAMENTO(S) CONCOMITANTE(S):

CONTATO DE EMERGÊNCIA:

ANOTAÇÕES/ OUTRAS INFORMAÇÕES:
