



| |
|-------------------------------|
| E-MAIL: |
| TELEFONE: |
| NOME: |
| INSTITUIÇÃO/HEMOCENTRO |

▶ **Entre em contato com a instituição de saúde/hemocentro para atendimento imediato.**

▶ **Se houver alguma dúvida relacionada à hemofilia ou ao seu tratamento atual, por favor, entre em contato com a equipe de saúde.**



CARTÃO DE ALERTA

EM CASO DE EMERGÊNCIA:

ANOTAÇÕES / OUTRAS INFORMAÇÕES:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Não tome medicamentos por conta própria. Siga corretamente as orientações de seu médico. Na ocorrência de reações indesejáveis, informe imediatamente o seu médico. 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 - Junho / 2021



PACIENTE

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

TELEFONE:

TIPO SANGUÍNEO:

DIAGNÓSTICO:



MEDICAMENTOS CONCOMITANTES:

CONTATO DE EMERGÊNCIA:

ANOTAÇÕES / OUTRAS INFORMAÇÕES:

