ANEXO I

RELATÓRIO MÉDICO

Nome do Paciente:____
CID: __________

_______ (**O relatório deve conter minimamente: Relatório Clínico do paciente, Tempo de acompanhamento do paciente; Tempo de uso de Hidroxicloroquina, relato de demais patologias existentes).**

Declaro que este(a) paciente não possui nenhuma contraindicação para uso do medicamento prescrito, tais como: Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, Maculopatias pré existentes, Cardiomiopatias.

Local e Data: __________________________

____
Assinatura e carimbo do médico