

NOME:

NOME DO PROF. SAÚDE:

Qual o seu desempenho com ?

DATA: / / HORA: :

Não estou bem nisto tudo

Estou realmente bem nisto

- Estou realmente a ter dificuldade nisto
- Poderia estar melhor nisto
- Estou bem nisto
- Hoje, gostaria de falar disto

DATA: / / HORA: :

Não estou bem nisto tudo

Estou realmente bem nisto

- Estou realmente a ter dificuldade nisto
- Poderia estar melhor nisto
- Estou bem nisto
- Hoje, gostaria de falar disto

DATA: / / HORA: :

Não estou bem nisto tudo

Estou realmente bem nisto

- Estou realmente a ter dificuldade nisto
- Poderia estar melhor nisto
- Estou bem nisto
- Hoje, gostaria de falar disto

Este modelo foi desenvolvido pelo conselho diretivo do CF CARE, como parte do programa CF CARE.

CF CARE é totalmente financiada pela Vertex Pharmaceuticals. O conteúdo foi preparado e desenvolvido pelo conselho diretivo com o apoio logístico e editorial do secretariado do CF CARE, ApotheCom. A Vertex teve a oportunidade de rever o conteúdo e ferramentas para assegurar a sua exatidão. A Vertex Pharmaceuticals não possui qualquer acesso à sua informação pessoal.

INT-20-2100167 | Data de atualização: Maio 2021

Mantenha este formulário no processo clínico do doente e informe o(a) seu(sua) doente para contactar um membro da sua equipa de cuidados de saúde CF, relativamente a quaisquer questões que possa ter em resultado deste exercício www.cfcare.net.