

Folhas de registo para Distribuidores de Medicamentos Comunitários

Nome do DMC _____

Número de identificação do DMC _____

Paróquia _____

Aldeia _____

Mês _____

	COARTEM AMARELO	COARTEM AZUL	SUPOSITÓRIOS RECTAIS	RDT	LÂMINAS DE SANGUE	Assinatura
1. ^a semana	00000	00000	00000	00000	00000	
	00000	00000	00000	00000	00000	
	00000	00000	00000	00000	00000	
Total semanal						
2. ^a semana	00000	00000	00000	00000	00000	
	00000	00000	00000	00000	00000	
	00000	00000	00000	00000	00000	
Total semanal						
3. ^a semana	00000	00000	00000	00000	00000	
	00000	00000	00000	00000	00000	
	00000	00000	00000	00000	00000	
Total semanal						
4. ^a semana	00000	00000	00000	00000	00000	
	00000	00000	00000	00000	00000	
	00000	00000	00000	00000	00000	
Total semanal						
TOTAL						