



**AME-C**  
ASSOCIAÇÃO MEDICINAL CANÁBICA

## FICHA DE REGISTRO PACIENTE PET

### PREENCHIMENTO PELA ASSOCIAÇÃO:

|  |
|--|
| Número de registro provisório:   |
| Ponto da situação da inscrição: ( ) Admitida ( ) Não admitida ( ) Aguardando ( ) Cancelada |
| Data: / /  |

### PREENCHIMENTO PELO RESPONSÁVEL:

|                   |                         |        |       |
|-------------------|-------------------------|--------|-------|
| Nome do paciente: | Data de Nascimento: / / |        |       |
| Microchip:        | Raça:                   | Idade: | Sexo: |

|                      |               |         |              |      |
|----------------------|---------------|---------|--------------|------|
| Nome Completo:       |               |         |              |      |
| Profissão:           |               |         |              |      |
| RG:                  | Org. Emissor: | UF:     | Emissão: / / | CPF: |
| Endereço:            | Nº            | Bairro: |              |      |
| Complemento:         | CEP:          | Cidade: | Estado:      |      |
| Telefones: ( ) / ( ) | E-mail:       |         |              |      |

|  |       |     |
|--|-------|-----|
| Patologia:   |       |     |
| Sinais clínicos:   |       |     |
| Data do Diagnóstico:   |       |     |
| Médico Responsável:  | CRMV: | UF: |
| Medicamentos administrados:                                    |       |     |
| Frequência de administração:                                   |       |     |
| Há quanto tempo administra:                                    |       |     |
| Houve tratamento anteriormente com a Cannabis? Não ( ) Sim ( ) |       |     |

Assinatura do Responsável

Data de Inscrição