DANE PACJENTA	# INDYWIDUALNA KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH		
Imię i Nazwisko ……………………………………..………	LEKARZ PROWADZĄCY	ZASTĘPSTWO	
PESEL: ……………………..…..……….			
Nr Ks. Głównej:…………....…Sala: ……	ZLECONA DIETA	UCZULENIA	**HBS / HCV**

NAZWA LEKU / DAWKA / DROGA PODANIA / CZĘSTOTLIWOŚĆ		DATA										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										

NAZWA LEKU / DAWKA / DROGA PODANIA / CZĘSTOTLIWOŚĆ		DATA										
	Godziny Podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Popis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny Podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny Podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny Podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny Podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
	Godziny Podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										

ZLECENIA JEDNORAZOWE

Data	Godz.	**Lek - nazwa, dawka, droga podania**	**Podpis lekarza**	**Podpis pielęg.**

Inne zlecenia lekarskie:	**Podpis lekarza**	**Podpis pielęg.**