

Nazwa Kliniki / Oddziału:

KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH

REALIZOWANYCH PRZEZ
PIELĘGNIARKI
I POŁOŻNE

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Nk Ks. Gł. /Oddz.

Data													
nazwa leku, droga podania	godz.	pieczęćka i podpis lekarza	Pieczęćka i podpis pielęgniarki/położnej	godz.	pieczęćka i podpis lekarza	Pieczęćka i podpis pielęgniarki/położnej	godz.	pieczęćka i podpis lekarza	Pieczęćka i podpis pielęgniarki/położnej	godz.	pieczęćka i podpis lekarza	Pieczęćka i podpis pielęgniarki/położnej	
	dawka			dawka			dawka			dawka			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			
	----			----			----			----			