1. KARTA WSKAŹNIKÓW ---INR---

IMIĘ I NAZWISKO .... SALA ....

RODZAJ LEKU ....

DATA	GODZINA	POZIOM WSKAŹNIKA	POZIOM INR	DAWKA LEKU	PIECZĄTKA LEKARZA	PODPIS PIELĘGNIARKI

„DruX" tel. 61 819-44-64(65), fax 898-38-45 **MED-Obw 044**