KARTA FARMAKOTERAPII

ODDZIAŁ .... Sala ....

Nazwisko i imię .... PESEL: .... Nr. Ks. Głównej: ....

Nazwa leku Dawkowanie Droga podania	Podpis i pieczątka Lekarza	Dzień: Data:		Dzień: Data:		Dzień: Data:		Dzień: Data:		Dzień: Data:		Dzień: Data:		Dzień: Data:	
		Godz.	Podpis Piel.	Godz.	Podpis Piel.	Godz.	Podpis Piel.	Godz.	Podpis Piel.	Godz.	Podpis Piel.	Godz.	Podpis Piel.	Godz.	Podpis Piel.

„Druk" tel. 61 819 44 64(65), fax 898 38 45 MED Gbw 030