



Αρ. Μητρ. Ασφ:

Αρ. Θαλ: Κλίνη:

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:

Ημ/νία εισόδου:

Ημ/νία εξόδου:

ΠΡΟΣΟΧΗ: ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ

ΦΑΡΜΑΚΑ:	ΩΡΑ:	ΜΗΝΑΣ:	ΕΤΟΣ:						
		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ							
		1	2	3	4	5	6	7	
Υπογραφή Νοσηλεύτη									
Όνομασία:									
Δόση:									
Οδός Χορήγησης:									
Όνομασία:									
Δόση:									
Οδός Χορήγησης:									
Όνομασία:									
Δόση:									
Οδός Χορήγησης:									

ΦΑΡΜΑΚΑ:	ΩΡΑ:	ΜΗΝΑΣ:			ΕΤΟΣ:			
		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ						
		1	2	3	4	5	6	7
Υπογραφή Νοσηλεύτη								
Όνομασία:								
Δόση:								
Οδός Χορήγησης:								
Όνομασία:								
Δόση:								
Οδός Χορήγησης:								
Όνομασία:								
Δόση:								
Οδός Χορήγησης:								