

DANE PACJENTA		INDYWIDUALNA KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH											
Imię i Nazwisko .....		LEKARZ PROWADZĄCY				ZASTĘPSTWO							
PESEL: .....		ZLECONA DIETA				UCZULENIA				HBS / HCV			
Nr Ks. Głównej:.....Sala: .....													
NAZWA LEKU / DAWKA / DROGA PODANIA / CZĘSTOTLIWOŚĆ		DATA											
	Godziny podania	>> --> ZMIANA											
		Podpis lekarza											
		Podpis pielęg.											
		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.											
	Godziny podania	>> --> ZMIANA											
		Podpis lekarza											
		Podpis pielęg.											
		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.											
	Godziny podania	>> --> ZMIANA											
		Podpis lekarza											
		Podpis pielęg.											
		Podpis pielęg.											
		Podpis pielęg.											

**LEGENDA:**  
**C** - na czczo godz.7.30      **R** - rano godz.8.00      **O** - obiad godz.13.00      **W** - wieczór godz.20.00      **N** - noc godz.22.00

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

**ZLECENIA JEDNORAZOWE**

Data	Godz.	Lek - nazwa, dawka, droga podania	Podpis lekarza	Podpis pielęgn.
Inne zlecenia lekarskie:			Podpis lekarza	Podpis pielęgn.