

.....
Pieczęć świadczeniodawcy POZ

.....
Data

ZESTAWIENIE ZLECENIA INIEKCJI I ZABIEGÓW DO WYKONANIA W DOMU PACJENTA W DNIACH

Lp	Imię i nazwisko	PESEL	Adres	Nazwa leku	Dawka	Droga podania			Czas podania									
									1 dzień		2 dzień		3 dzień					
						i.m	i.v	s.c	Rano	Wieczór	Rano	Wieczór	Rano	Wieczór				
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		

Lek może być podany bez obecności lekarza

 TAK

 NIE

Uwaga:

Miejsca zaznaczone kolorem są przeznaczone na podpis pielęgniarki wykonującej zabieg

.....
Podpis i pieczęć Kierownika POZ/ lekarza