

TARJETAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS HOSPITAL PENCO – LIRQUÉN

NOMBRE PACIENTE: _____ SALA/CAMA: _____

SUERO DE HIDRATACIÓN	DOSIS A ADMINISTRAR

MEDICAMENTOS DE ADMINISTRACIÓN INYECTABLE

MEDICAMENTOS Y DOSIS	FREC. DE ADM.	VIA DE ADMIN	DILUCIÓN	HORARIO

ENF. RESPONSABLE TRANS. _____

TARJETAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS HOSPITAL PENCO – LIRQUÉN

NOMBRE PACIENTE: _____ SALA/CAMA: _____

SUERO DE HIDRATACIÓN	DOSIS A ADMINISTRAR

MEDICAMENTOS DE ADMINISTRACIÓN INYECTABLE

MEDICAMENTOS Y DOSIS	FREC. DE ADM.	VIA DE ADMIN	DILUCIÓN	HORARIO

ENF. RESPONSABLE TRANS. _____

MEDICAMENTOS DE ADMINISTRACIÓN ORAL /SUBLINGUAL			
MEDICAMENTOS Y DOSIS	FREC. DE ADM.	VIA DE ADMIN	HORARIO
MEDICAMENTOS INHALADOS / ADMINISTRACIÓN TÓPICA			
MEDICAMENTOS Y DOSIS	FREC. DE ADM.	VIA DE ADMIN	HORARIO
MEDICAMENTOS DE ADMINISTRACIÓN ORAL /SUBLINGUAL			
MEDICAMENTOS Y DOSIS	FREC. DE ADM.	VIA DE ADMIN	HORARIO
MEDICAMENTOS INHALADOS / ADMINISTRACIÓN TÓPICA			
MEDICAMENTOS Y DOSIS	FREC. DE ADM.	VIA DE ADMIN	HORARIO