

Процедурный лист

Ф.И.О. пациента _____ № карты _____

№	Наименование процедуры	Дозировка	Количество	Дата проведения процедуры									
1													
2													
3													
4													
5													
6													
Подпись пациента													
Подпись мед.сестры													

Ф.И.О. врача _____ Подпись _____

Процедурный лист

Ф.И.О. пациента _____ № карты _____

№	Наименование процедуры	Дозировка	Количество	Дата проведения процедуры									
1													
2													
3													
4													
5													
6													
Подпись пациента													
Подпись мед.сестры													

Ф.И.О. врача _____ Подпись _____