TEMPO DE AVANÇAR
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA PONTE-MG

HOSPITAL SÃO GERALDO - FUMASA

PRESCRIÇÃO MÉDICA E SOLICITAÇÃO / DEVOLUÇÃO DE MAT./MED.

Nome do Paciente:_____ SAME:_____ QUARTO:_____ Leito:_____

Centro de Custos:_____ Data:_____ Horário:_____ Médico:_____ Categoria: _____

PRESCRIÇÃO		QUANTIDADE			HORÁRIOS E REGISTROS	MATERIAIS	QUAN	
DIETA - S. VITAIS - MEDICAMENTO		VIA	DOSE	INTERVALO		DISCRIMINAÇÃO MATERIAIS	PED	E
1	Dieta LIVRE							
2	Dv 6/6h							
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								