MODELO 06

MPO DE
ÇAR
O JOÃO DA PONTE-MG

# HOSPITAL SÃO GERALDO - FUMASA

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

ciente:______ SAME:______ QUARTO:______ Leito:______

o de Custos:______ Data:______ Horário:______ Médico:______ Categoria:______

| PRESCRIÇÃO | QUANTIDADE | | | | MATERIAIS | QUANTIDADE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A - S. VITAIS - MEDICAMENTO | VIA | DOSE | INTERVALO | HORÁRIOS E REGISTROS | DISCRIMINAÇÃO MATERIAIS | PED | ENT | DEV |
| a LIVRE | | | | | | | | |
| 6/6h | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |