درمان در منزل همراز

HAMRAZ
HOSPITAL & Home care

فرم کاردکس داروئی

شماره پرونده :	نام خانوادگی:	نام:
نام پدر:	تاریخ تولد:	تاریخ پذیرش:

تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نام داروهای مصرفی	دوز	تعداد	ساعت دارو	راه تجویز	ملاحظات

تشخیص پرستاری: ۱-..... ۲-.....

۳-..... ۴-.....

علائم حیاتی: BP ..... PR .....T.....RR.....Wight.....

درمان در منزل همراز HAMRAZ HOSPITAL & Home care

عوامل خطرساز				
IV line (راه وریدی)	CVP (ورید مرکزی)	تراکئستومی	NG tube (لوله معده)	Folly cat (سوند فولی)

تاریخ	مراقبت های پرستاری	تاریخ	مراقبت های پرستاری

تاریخ	آزمایشات وگرافی ها	تاریخ	مشاوره وسایر موارد

ملاحظات .....

.....

تاریخ : امضاء :