Příloha 2. OPAT – záznam o aplikaci

OPAT – záznam o aplikaci

Příjmení:		**Pracoviště:**		Indikoval:	
Jméno:		Adresa:		Doporučil:	
R. č.:		IČ, IČZ:		PL / PLDD:	

pořadí	datum	čas	odběry	medikace (název, síla, množství, délka podání)	podal	TK	P	TT	i. v. vstup	kontrola stavu	podpis