ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: _____

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário:_____

Data:_____/_____/_____

HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	DOSE	VIA	FREQÜÊNCIA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES PARA ADMINISTRAÇÃO

Ao prescrever, registre com clareza sua assinatura e observe a padronização de medicamentos