ЕВРОДОН

ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЯ

Ф.И.О. пациента: /_____/ Дата рождения: /___/_____/_____/

Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции:

/_____/

Ф.И.О. Врача: /_____/

Лекарственный препарат (наименование, лекарственная форма, дозировка, способ введения (применения), лечебное питание, режим	Дата назначения; подпись лечащего врача (врача-специалиста), сделавшего назначение	Дата отмены; подпись лечащего врача (врача-специалиста), отменившего назначение	Отметки об исполнении назначения лекарственного препарата, лечебного питания, режима, (дата и время исполнения, подпись медицинского работника, ответственного за исполнение) (время, дата, подпись)											
														Сведения о реакции на применение (при наличии)
Подпись медицинского работника, ответственного за контроль исполнения назначений														