ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЙ И ИХ ВЫПОЛНЕНИЕ

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____дата рождения "__" ____ ___ г. N медицинской карты ____N палаты ____
Диагноз (основное заболевание): _____
Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции:

Лекарственный препарат (наименование, лекарственная форма, дозировка, способ введения (применения), лечебное питание, режим	Дата назначения; подпись лечащего врача (врача-специалиста), сделавшего назначение	Дата отменены; 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																		

оборотная сторона раздела
"Лист назначений и их выполнение"

Медицинское вмешательство	Дата назначения	Подпись лечащего врача (врача-специалиста), сделавшего назначение	Дата и время исполнения назначения	Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись медицинского работника, ответственного за исполнение назначения