

Karta pacjenta

Imię:



dziewczynka

chłopiec

katar

kaszel

wysypka

rana

inne



Gdzie boli? Jak silny jest ból?

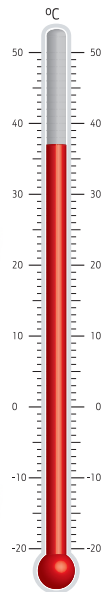


bardzo boli



nic nie boli

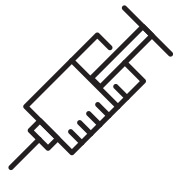
Temperatura



Zbadaj oczy, nos i uszy
i zapisz czy widzisz objawy infekcji



Leczenie:



inne



Skierowanie na badania

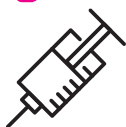
SKIEROWANIE

Dane pacjenta:

.....
.....
.....

badanie:

krew



płuca



serce



mocz



rentgen



inne

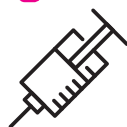
SKIEROWANIE

Dane pacjenta:

.....
.....
.....

badanie:

krew



płuca



serce



mocz



rentgen



inne

SKIEROWANIE

Dane pacjenta:

.....
.....
.....

badanie:

krew



płuca



serce



mocz



rentgen



inne

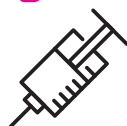
SKIEROWANIE

Dane pacjenta:

.....
.....
.....

badanie:

krew



płuca



serce



mocz



rentgen



inne

Recepty dla pacjentów

RECEPTA

Dane pacjenta:

.....
.....

lekarstwo:

Tabletki Syrop Zastryk inne



dawkowanie:

Rano Południe Wieczór

Okres leczenia: dni / tygodni

Data i podpis:

RECEPTA

Dane pacjenta:

.....
.....

lekarstwo:

Tabletki Syrop Zastryk inne



dawkowanie:

Rano Południe Wieczór

Okres leczenia: dni / tygodni

Data i podpis:

RECEPTA

Dane pacjenta:

.....
.....

lekarstwo:

Tabletki Syrop Zastryk inne



dawkowanie:

Rano Południe Wieczór

Okres leczenia: dni / tygodni

Data i podpis:

RECEPTA

Dane pacjenta:

.....
.....

lekarstwo:

Tabletki Syrop Zastryk inne



dawkowanie:

Rano Południe Wieczór

Okres leczenia: dni / tygodni

Data i podpis: