

ФИО Врача _____
телефон _____

Пациент _____

РЕКОМЕНДАЦИИ ВРАЧА отделения выездной паллиативной помощи взрослым

3

| КУПИРУЕМЫЕ СИМПТОМЫ | ПРЕПАРАТ, ДОЗИРОВКА | ВРЕМЯ ДНЯ (ЧАСЫ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|---------------------|------------------|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| | | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | 1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | 4. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | 5. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | 6. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | 7. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | 8. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Дата _____

Подпись врача _____