

Cơ sở KC, CB

PHIẾU THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC CẤP 1

Họ và tên :.....Tuổi:.....• Nam • Nữ MS:CS-01

Mã số người bệnh:.....Ngày vào viện:.....Số giường:.....Cân nặng:.....

KHOA:..... Chẩn đoán:..... Dự ứng: • Không • Có:.....

[illegible]

