

Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU TRUYỀN DỊCH VÀ THỰC HIỆN THUỐC

MS: TD-02

Mã QR (nếu có)

Họ và tên người bệnh: Tuổi:

Nam

Nũ'

Khoa: Phòng: Giường:

Chẩn đoán:

[illegible]

Ngày.....tháng.....năm 20

Điều dưỡng phụ trách tử thuốc

Bác sĩ điều trị