

☐ HOSPITAL DE BASE ☐ HOSPITAL DE SANTA MARIA ☐ UPA: _____**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: _____

Nº Prontuário: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Peso (Kg): _____

Sexo: _____

Quarto/Leito: _____

Local da Internação: _____

Diagnóstico

	ITENS DE PRESCRIÇÃO	DOSE	VIA	FREQUÊNCIA / HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	APRAZAMENTO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

RESPONSÁVEL

Data: ____/____/____

Assinatura/Carimbo _____