COSMITET LTDA.

TARJETA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

Diagnósticos:

Nombre: Edad:

Documento: Unidad:

LEV: Cama:

Alergias:

Enfermero responsable:

Medicamento	Presentación	Dosis	Frecuencia	Vía	Horario	FECHA / TURNO																			
							M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Firma del auxiliar de enfermería responsable						Mañana																			
						Tarde																			
						Noche																			
Firma del jefe que supervisa la administración:						Mañana																			
						Tarde																			
						Noche																			

COSMITET LTDA.

TARJETA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

Diagnósticos:

Nombre: Edad:

Documento: Unidad:

LEV: Cama:

Alergias:

Enfermero responsable:

Medicamento	Presentación	Dosis	Frecuencia	Vía	Horario	FECHA / TURNO																			
							M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Firma del auxiliar de enfermería responsable						Mañana																			
						Tarde																			
						Noche																			
Firma del jefe que supervisa la administración:						Mañana																			
						Tarde																			
						Noche																			