



فرم بررسی چگونگی ثبت دستورات دارویی پزشکان در پرونده بیماران

1397

زمان مصرف		راه مصرف		قدرت دارو		شکل دارو		کامل بودن نام دارو		خوانا بودن نام دارو		تعداد پرونده	نام پزشک	تاریخ
خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی			

مهر و امضاء مسؤل امور دارویی بیمارستان