کد سند: FO-EM-۰۲

دفتر ثبت وتحویل مخدر
بیمارستان حضرت فاطمه (س) دماوند

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	تشخیص	پزشک درخواست کننده	نام مخدر	مقدارمصرف مخدر(mg/cc)	روش مصرف	مقدار باقیمانده (mg/cc)	تاریخ/شیفت	پرستار تزریق کننده
۱									
۲									
۳									
٤									
٥									
٦									
۷									
۸									
۹									
۱۰									
۱۱									
۱۲									
۱۳									
۱٤									