ЛИСТ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ

№ карты. ФИО пациента **Ф.И.О. больного, N палаты**

Назначения Дата _____	Испол-нитель	Отметки о назначении и выполнении														
		Дата														
Режим Постельный																
Диета № 15																
Анализы: ОАК, ОАМ, RW, ЭКГ, БХК, коагулограмма , Группа крови, Rh фактор. Р-описание.	врач															
	сестра															
Контроль ОАК, ОАМ - 1р. в 10дн. Контроль коагулограммы 1 р. в 7 дн.	врач															
	сестра															
Sol. Analgini 50% - 2 ml. в/м. Sol. Dimedroli 1% - 1ml. в/м. } 3 р/д	врач															
	сестра															
Ceftriaxoni 1.0 в/м за 30 мин до операции.	врач															
	сестра															
Sol. Tramadoli 2,0 ml в/м при выраженной боли	врач															
	сестра															
Heparini 5 тыс ЕД п/к 3 р/д.	врач															
	сестра															
	врач															
	сестра															
	врач															
	сестра															
Подписи	врач															
	сестра															