

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

STAŁE ZLECENIE LEKARSKIE PODANIA LEKU

Imię i nazwisko pacjenta:

Wiek pacjenta:

Waga pacjenta:

Adres zamieszkania pacjenta:

PESEL pacjenta:

Nazwa zabiegu: Iniekcja

**PACJENT ZE ZDIAGNOZOWANYM DZIEDZICZNYM OBRZĘKIEM NACZYNIORUCHOWYM (ICD-10-D84.1)
WYMAGANA BEZZWŁOCZNA POMOC!**

NAZWA PRODUKTU LECZNICZEGO:

<input type="checkbox"/> Berinert® 500	<input type="checkbox"/> Berinert® 1500	<input type="checkbox"/> Firazyr®	<input type="checkbox"/> Ruconest®
--	---	-----------------------------------	------------------------------------

DAWKA I SPOSÓB PODANIA PRODUKTU LECZNICZEGO:

SPOSÓB PODANIA:

<input type="checkbox"/> iniekcja dożylna (Berinert® , Ruconest®)	<input type="checkbox"/> iniekcja podskórna (Firazyr®)
--	---

DODATKOWE ZALECENIA LEKARZA WYSTAWIAJĄCEGO STAŁE ZLECENIE PODANIA LEKU:

Data i miejsce wystawienia zlecenia

Pieczątka i podpis lekarza