MIESIĘCZNA KARTA ZUŻYCIA ANTYBIOTYKÓW Zał. Nr 1a/KZ 15

ODDZIAŁ *MIESIĄC* *ROK*

Nazwa leku z dawką i drogą podania	Forma leku	Dzień miesiąca															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

MIESIĘCZNA KARTA ZUŻYCIA ANTYBIOTYKÓW

ODDZIAŁ *MIESIĄC* *ROK*

Nazwa leku z dawką i drogą podania	Forma leku	Dzień miesiąca															RAZEM
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Podpis/pieczątka pielęgniarki oddziałowej ……..