

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Домодедовская стоматологическая поликлиника»

ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЯ, ВЫДАЧИ И КОНТРОЛЯ ПКП

после аварийной ситуации

Заполняется только при назначении врачом. Самостоятельное назначение схемы ПКП не допускается.

Поле	Сведения
Пострадавший работник	Ф.И.О.: _____ Должность: _____
Дата/время аварии	«__» _____ 20__ г. ____:____
Врач, назначивший ПКП	Ф.И.О.: _____ Должность/МО: _____ Телефон: _____
Дата/время назначения	«__» _____ 20__ г. ____:____
Планируемая длительность	____ дней / по назначению врача (стандартный курс — 28 дней)

Назначения и выдача препаратов:

Дата	Время	Препарат	Доза/режим	Кол-во выдано	Подпись выдавшего	Подпись получившего

Контроль переносимости и лабораторный контроль:

Дата	Жалобы/нежелательные явления	ОАК/биохимия/иное	Решение врача	Подпись

Дата	Жалобы/нежелательные явления	ОАК/биохимия/иное	Решение врача	Подпись

Итог: [] курс завершён [] курс прекращён врачом [] отказ работника [] другое: _____.

Ответственный за контроль: _____ / _____ / «__» _____ 20__ г.

Пострадавший работник: _____ / _____ / «__» _____ 20__ г.