Data e Hora	PRESCRIÇÃO (Após Prescrição assinar e carimbar)	CÓDIGO MEDICAMENTO ÍTEM	DV	QS	QF	I	OBSERVAÇÕES
	1) CONTROLE DE SINAIS VITAIS						
	2) INFLIXIMABE 10MG/ML EV AMPOLAS						
	+ SORO FISIOLÓGICO 0.9%250 ML EV (CORRER EM 2 HORAS)						
	3) DIPIRONA 1 G EV 6/6 SN						
	4) METILPREDNISOLONA 100MG EV SN						
	5) DIFENIDRATO 50 MG EV SN						
	6) METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN						
	7) DIETA						
	CID 10: _____						

CID10:
RCUI K51
DC K50

I = 1 - Não padronizado
2 - Em falta

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PRESCRIÇÃO

PACIENTE

REGISTRO

QUARTO

LEITO

Enfermeira(o):

Recebido:
Data / /

Farmacêutica(o):

Dispensado:
Data / /