

CONTROLE DE MEDICAMENTOS - ENTREGA À ENFERMAGEM

PARTICIPANTE: _____ **Data:** ____/____/____

Período: De ____/____/____ a ____/____/____

Responsável: _____ **Telefone/WhatsApp:** _____

Instruções

Entregar medicamentos em embalagem original, com receita e instruções por escrito. O **PARTICIPANTE** não deve portar medicamentos. **TODOS** os medicamentos devem ser entregues diretamente à equipe de enfermagem.

Tabela de Administração

Medicamento	Dosagem	Horários	Condições (jejum, etc.)	Duração	Observações
-------------	---------	----------	-------------------------	---------	-------------

Assinaturas

Responsável: _____

Ass.: _____

Enfermagem (recebimento): _____

Ass.: _____

Data: ____/____/____