FORMULÁRIO		
PRESCRIÇÃO MÉDICA	CÓDIGO: FP.CMED.005	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/1

PACIENTE:		**DATA:**	
PRONTUÁRIO:	**LEITO:**	**UNIDADE:**	

ALERGIA:	PESO:	IDADE:	ABO/Rh:	T.R. HIV
	( ) Pré-parto ( )Pós-parto ( )RN		T.R. Sífilis	VDRL

ITEM	PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO										OBSERVAÇÃO

Assinatura médico (a) / carimbo	Assinatura enfermeiro (a) / carimbo