

Klinika za interno medicino
Oddelek za gastroenterologijo

AMBULANTNA PARENTERALNA (I. V., I. M., S. C.) APLIKACIJA ZDRAVIL

Datum aplikacije: _____

Napotni zdravnik: _____

Premedikacija: NE DA

Zdravilo: _____

Zdravilo	Odmerek	Oblika aplikacije	Predpisal	Ura	Apliciral	Ura
Preparati železa:						
Xabogard		i. v.				
Iroprem		i. v.				
Monofer		i. v.				
Vitamin B 12	1000 µg	s. c.				
Tetrakozaktid 5 µg /ml	0,2 mg					
Tavegyl	2 mg					
Solu - Cortef	100 mg	i. v.				

Pacient/-ka se strinja z aplikacijo zdravila. Podpis pacienta/-ke: _____

Odgovorni zdravnik (in podpis): _____

Odgovorna dipl. m. s. (podpis): _____