FOLD LINE

FOLD LINE

نام و نام خانوادگی بیمار: Name and Family Name:

Pain Score

ساعت	امتیاز	اقدامات اصلاحی

ساعت/تاریخ Time / Date	اقدامات دارویی و درمانی Medical Pricedures	مشاهـدات پرستـاری صبـح Morning Observation Of Nurse

*****
خـدا
قـوت
*****

نام و نام خانوادگی پرستار:

مهـر و امضاء به همراه درج تاریخ: / / ۱۴

Strip

نام پـدر: Father`s Name:

Pain Score

ساعت	امتیاز	اقدامات اصلاحی

ساعت/تاریخ Time / Date	اقدامات دارویی و درمانی Medical Pricedures	مشاهـدات پرستـاری عصـر Evening Observation Of Nurse

*****
خـدا
قـوت
*****

نام و نام خانوادگی پرستار:

مهـر و امضاء به همراه درج تاریخ: / / ۱۴

Strip

شماره پرونده: Unit No:

Pain Score

ساعت	امتیاز	اقدامات اصلاحی

ساعت/تاریخ Time / Date	اقدامات دارویی و درمانی Medical Procedures	مشاهدات پرستـاری شـب Night Observation Of Nurse

*****
خـدا
قـوت
*****

نام و نام خانوادگی پرستار:

مهـر و امضاء به همراه درج تاریخ: / / ۱۴

Strip