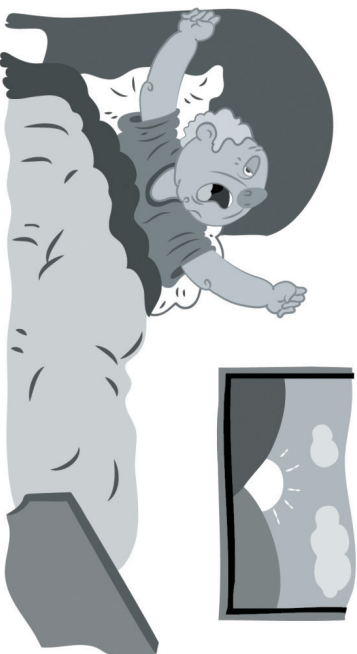


UNIDADE: _____

PACIENTE: _____

PRESCRIÇÃO: ____ / ____ / ____ PRESCRITOR: _____

DISPENSACÃO: ____ / ____ / ____ DISPENSADOR: _____



JEJUM

COR	QUANT	MEDICAMENTO

IEPESE

UNIDADE: _____

PACIENTE : _____

PRESCRIÇÃO: ____ / ____ / ____ PRESCRITOR: _____

DISPENSACÃO: ____ / ____ / ____ DISPENSADOR: _____



CAFÉ DA MANHA

COR	QUANT	MEDICAMENTO

IEPESE

UNIDADE: _____

PACIENTE: _____

PRESCRIÇÃO: ____ / ____ / ____ PRESCRITOR: _____

DISPENSACÃO: ____ / ____ / ____ DISPENSADOR: _____



ALMOÇO

COR	QUANT	MEDICAMENTO

IEPESE

UNIDADE: _____

PACIENTE: _____

PRESCRIÇÃO: ____ / ____ / ____ PRESCRITOR: _____

DISPENSACÃO: ____ / ____ / ____ DISPENSADOR: _____



TARDE

COR	QUANT	MEDICAMENTO

IEPESE

UNIDADE: _____

PACIENTE: _____

PRESCRIÇÃO: ____ / ____ / ____ PRESCRITOR: _____

DISPENSACÃO: ____ / ____ / ____ DISPENSADOR: _____



JANTAR

COR	QUANT	MEDICAMENTO

IEPESE

UNIDADE: _____

PACIENTE : _____

PRESCRIÇÃO: ____ / ____ / ____ PRESCRITOR: _____

DISPENSACÃO: ____ / ____ / ____ DISPENSADOR: _____



AO DEITAR

COR	QUANT	MEDICAMENTO

IEPESE