|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identifikační štítek pacienta**Jméno a příjmení pacienta: …………………………………Rodné číslo pacienta: ……………………………….………Datum narození (není-li RČ) …………… Kód ZP:………Adresa trv. pobytu (případně jiná adresa):……………………………………… | **ODDĚLENÍ 2. IK****□ Ambulance** **□ 30C □ 30M □ 30D** | **ODDĚLENÍ GERIATRIE****□ Ambulance** **□ 46 □ ODOP** |
| Datum: |
| PROSÍM O UŽÍVÁNÍ POUZE NÍŽE PŘEDEPSANÝCH LÉKŮ, ABY NEDOŠLO K PŘEDÁVKOVÁNÍ LÉKEM STEJNÉHO DRUHU S JINÝM NÁZVEM. |
| **Název léku** | **Forma léku** | **Dávkování léků** | **Poznámky****(záznam změn, ukončení užívání, účinky, ….)** | **Datum** |
| **ráno** | **poledne** | **večer** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Zkratky:** ODOP – oddělení dlouhodobé ošetřovatelské péče