ФИШ

КП №
.....
(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:…….....

Диагноза:

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
ИЗ №: ☐☐☐☐☐

Лечение с гамаглобулин за интравенозно приложение фабричен № на флакона
Индикации/ контраиндикации

Дата на инфузията	**Фабричен номер на флакона**	**Лекарствен продукт**	**Годен до**	**количество**	**Начало на инфузията**	**Край на инфузията**	**поносимост**

Извършил инфузията :

сестра: .....

/име, подпис/

лекар: .....

/име, подпис/