Anexo IX

*** LOGO EMPRESA ***

CONTROLE DE GASTO DIÁRIO

Paciente: _____

_____

Data Nascimento: Mês:

	*** MEDICAMENTOS ***	UNIDADE MEDIDA	DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA	
			DIA	NOITE	DIA	NOITE	DIA	NOITE	DIA	NOITE	DIA	NOITE	DIA	NOITE	DIA	NOITE
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																

** CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM – PLANTÕES DIURNOS E NOTURNOS													
** NA PRESCRIÇÃO, FAVOR RUBRICAR EM CIMA DE CADA CHECAGEM DE MEDICAÇÃO													