

RECEPTA		ŻYWIENIE POZAJELITOWE	
Pieczętka Szpitala i Oddziału			
..... Nazwisko i imię pacjenta			
..... Data wystawienia recepty Data urodzenia lub PESEL Masa ciała (kg)	
Skład mieszaniny			
Nazwa preparatu		Objętość (ml)	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
Objętość całkowita (ml)			
Droga podania			
Podaż			
Czas wlewu			
Szybkość wlewu ml/h			
LEKARZ (pieczętka i podpis)			

Zamawiający

Wykonawca