Форма

Наименование организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ЖУРНАЛ](file:///C:\Users\USER\Downloads\tx.dll%3fd=260688.xls)  
предметно-количественного учета использованных ампул (флаконов) и трансдермальных терапевтических систем главной (старшей) медицинской сестрой поликлиники или паллиативного кабинета

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата | Фамилия, инициалы (инициал), место жительства (место пребывания) пациента | Наименование использованных наркотических средств (психотропных веществ) | Количество ампул (флаконов), трансдермальных терапевтических систем | Фамилия, инициалы (инициал) и подпись сдавшего | Фамилия, инициалы (инициал) и подпись принявшего (главная (старшая) медицинская сестра) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |