PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PROFISSÃO		NACIONALIDADE 1- BRASILEIRO 2 - ESTRANGEIRO	Nº DA AIH	BE
ENDEREÇO		VINCULAÇÃO CONDIÇÃO	NASCIMENTO DIA / MÊS / ANO	CONDIÇÃO DO PAGAMENTO 1-SEG. 2-FILHOS 3- ESP. 4-OUTROS	1-MASC 2-FEM	DATA DA INTERNAÇÃO DIA / MÊS / ANO	HORÁRIO HORAS / MIN
BAIRRO	MUNICIPIO/ ESTADO				1-Município 2- Estado 3- Outros	

DIAGNÓSTICO	ENFERMARIA / LEITO	MÉDICO ASSISTENTE

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	DOSAGEM	TIPO	QUANT	VIA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES