



HOSPITAL MUNICIPAL
DE SANTARÉM



SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE



PREFEITURA DE
SANTARÉM

RÓTULO DE SORO

NOME: _____

LEITO: _____ CLÍNICA: _____

DATA: _____ HORA: _____

SOLUÇÃO: SF0,9% () SG 5% ()

SG 10% () RINGER ()

OUTRAS SOLUÇÕES/MEDICAÇÕES:

Nº DE GOTAS/MIN OU ML/H: _____

ASSINATURA