

პაციენტის პოსტოპერაციული პერიოდის მართვის ფურცელი

პაციენტის სახელი, გვარი _____ ბარათის № _____ განყოფილება _____ პალატის № _____

[illegible]

მორიგე ექთანი:

მორიგე ექიმი:

ეჭიბის ხელმოწერა:

[illegible]