

خطة مقدم الرعاية لإدارة الأعراض

اسم الطفل _____
الوزن _____ العمر _____ تاريخ الميلاد _____
أرقام الهوية (الميديكير/المستشفى) _____
رقم رئيسي للإتصال (بمن نتصل 7/24): الأسم _____ رقم التلفون _____

التشخيص (إذا كان معروفاً) أو المرض الرئيسي

الحساسيات

الأدوية المنتظمة

إدارة العرض (مثلاً الدواء)	العرض
دواء منتظم للألم طفيف: لألم أقوى:	مثلاً الألم

إدارة العارض (مثلًا الدواء)	العارض

ملاحظات إضافية

التاريخ _____ كتبها _____