luzerner kantonsspital
LUZERN SURSEE WOLHUSEN

Überwachungsblatt für Remicade-Verabreichung

Datum_____ **Anzahl Remicade-Infusionen**_____ **Seite**____

Gewicht_____

Zeit	BD	P	MAD	T	Infusions -menge ml/h	Medikamente/ Flüssigkeit i/v und p.os.	Verlauf/Verträglichkeit/ Befinden	Init.

Remicade Etiketten