

SAMPLE COMPLETED PRN MEDICATION FORM

PRN Medication								
Name		Initials	Name		Initials	Name		Initials
<i>B. Wilson, CMT</i>		<i>BW</i>						
<i>D. More, CMT</i>		<i>DM</i>						
Date	Time	Medication	Route	Reason Given	Initials	Time	Result	Initials
<i>1/10/00</i>	<i>10AM</i>	<i>acetaminophen 325 mg 2 tab</i>	<i>po</i>	<i>headache pain</i>	<i>BW</i>	<i>1030P</i>	<i>Denies headache</i>	<i>BW</i>
<i>1/10/00</i>	<i>2PM</i>	<i>acetaminophen 325 mg 2 tab</i>	<i>po</i>	<i>headache pain</i>	<i>BW</i>	<i>230P</i>	<i>Denies headache</i>	<i>BW</i>
<i>1/10/00</i>	<i>10PM</i>	<i>lorazepam 0.5mg tab</i>	<i>po</i>	<i>c/o insomnia</i>	<i>DM</i>	<i>11P</i>	<i>sleeping</i>	<i>DM</i>
<i>1/11/00</i>	<i>9AM</i>	<i>acetaminophen 325 mg 2 tab</i>	<i>po</i>	<i>headache pain</i>	<i>BW</i>	<i>930A</i>	<i>Denies headache</i>	<i>BW</i>
<i>1/11/00</i>	<i>9AM</i>	<i>lorazepam 0.5 mg tab</i>	<i>po</i>	<i>c/o insomnia</i>	<i>DM</i>	<i>10P</i>	<i>sleeping</i>	<i>DM</i>
<i>1/12/00</i>	<i>4PM</i>	<i>acetaminophen 325 mg2 tab</i>	<i>po</i>	<i>c/o headache</i>	<i>DM</i>	<i>430P</i>	<i>Denies headache</i>	<i>DM</i>
<i>1/12/00</i>	<i>9PM</i>	<i>lorazepam 0.5mg tab</i>	<i>po</i>	<i>c/o insomnia</i>	<i>DM</i>	<i>930P</i>	<i>sleeping</i>	<i>DM</i>