



STANDING ORDERS

DATE: _____

PT NAME: _____

ALLERGIES: _____

BP: R____/L____ P:____ R:____ SaO2:____ Temp:____ Wt:____

INJECTION/ INFUSION

PREOP

DT (Decadron 12 mg, Toradol 60 mg)

EKG

Demerol 25 50 75 100mg IM

LABs: _____

Phenergan 25 50mg IM

Other: _____

Versed 1-2 mg IM

Decadron 4-8 mg IM

Toradol 30-60 mg IM

Dilaudid 1-2 mg IM

Other: _____

RADIOLOGY

X-Ray (specify) _____

CT (specify) _____

MRI (specify) _____

US (specify) _____

Chief Complaint: _____

MD/NP/PA Signature: _____

RN/LPN/Technologist: _____