

Foglio

n.....

Lato A

Cognome e Nome

Peso

Letto n.

Dipartimento di

UOC di

Luogo e data di nascita

Firma e timbro del medico per validazione della terapia

NOTE

A = Prescrizione

B = Infusione continua

C = Somministrazione

D = Sospensione + fima del medico

E = Farmaco di proprietà del paziente

Ø = non somministrato per

1 = Rifiuto paziente

2 = Digiuno

3 = Assenza repart paziente

4 = Vomito

5 = Per Modifica

6 = Altro

*Ipertensione

*Diabete

*HCV

*HBV

Gruppo

* contrassegnare con X

SI

NO

SI

NO

Pos

Neg

Pos

Neg

ORALE	N.	farmaco, dosaggio, forma (singola dose) per somministrazione die	Data inizio	Firma del Medico	N.	.....	8	.....	16	.....	20	.....	N.	.....	8	.....	16	.....	20	.....	N.	.....	8	.....	16	.....	20	.....
	1				1								1								1							
	2				2								2								2							
	3				3								3								3							
	4				4								4								4							
	5				5								5								5							
	6				6								6								6							
	7				7								7								7							
	sigla infermiere																											

ENDOVENA	1				1								1								1							
	2				2								2								2							
	3				3								3								3							
	4				4								4								4							
	5				5								5								5							
	6				6								6								6							
	sigla infermiere																											

INTRAMUSCOLO	1				1								1								1							
	2				2								2								2							
	3				3								3								3							
	4				4								4								4							
	5				5								5								5							
	6				6								6								6							
	sigla infermiere																											