

Foglio

n.....

Lato B

Dipartimento di

UOC di

Cognome e Nome

Peso

Letto n.

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

ALLERGIE: Specificare a cosa.....

Firma del Medico

data: / /

data: / /

data: / /

TERAPIA ESTEMPORANEA

NUTRIZIONE

TERAPIA SPECIALE (locale/aerosol/O2 ter.)

SOTTOCUTE

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

2

3

4

5

sigla infermiere

1

2

3

sigla infermiere

1

2

3

sigla infermiere

1

2

3

10

sigla infermiere