

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 = Diggiuno

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

	N.	farmaco, dosaggio, forma (singola dose) per somministrazione die	Data inizio	Firma del Medico	data: / /								data: / /								data: / /								data: / /							
					N.		8		16		20		N.		8		16		20		N.		8		16		20		N.		8		16		20	
ORALE	1				1								1							1								1								
	2				2								2							2								2								
	3				3								3							3								3								
	4				4								4							4								4								
	5				5								5							5								5								
	6				6								6							6								6								
	7				7								7							7								7								
	8				8								8							8								8								
	9				9								9							9								9								
	10				10								10							10								10								
	sigla infermiere																																			
ENDOVENA	1				1								1							1								1								
	2				2								2							2								2								
	3				3								3							3								3								
	4				4								4							4								4								
	5				5								5							5								5								
	6				6								6							6								6								
	sigla infermiere																																			
INTRAMUSCOLO	1				1								1							1								1								
	2				2								2							2								2								
	3				3								3							3								3								
	4				4								4							4								4								
	5				5								5							5								5								
	6				6								6							6								6								
	sigla infermiere																																			

LaudieroSUT.xls