

Foglio

n.....

Lato A

- A = Prescrizione
- B = Infusione continua Ø = non somministrato per
- C = Somministrazione
- D = Sospensione + firma del medico
- E = Farmaco di proprietà del paziente

- 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

Cognome e Nome	Peso	Letto n.
Dipartimento di		
Luogo e data di nascita		
UOC di		
Firma e timbro del medico per validazione della terapia		
NOTE		

ALLERGIE: Specificare a cosa.....	Firma del Medico
data: / /	data: / /

	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	.....					
ORALE	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																														