

Foglio

n.....

Lato B

A = Prescrizione	∅ = non somministrato per	1 = Rifiuto paziente	*Ipertensione	SI	NO
B = Infusione continua		2 = Digiuno	*Diabete	SI	NO
C = Somministrazione		3 = Assenza repart paziente	*HCV	Pos	Neg
D = Sospensione + firma del medico		4 = Vomito	*HBV	Pos	Neg
E = Farmaco di proprietà del paziente		5 = Per Modifica	Gruppo		
		6 = Altro	*contrassegnare con X		

Dipartimento di	Cognome e Nome	Peso	Letto n.
UOC di	Luogo e data di nascita	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	THERAPY 1								THERAPY 2								THERAPY 3							
					N.	8	16	20	N.	8	16	20	N.	8	16	20
TERAPIA ESTEMPORANEA	1				1							1							1									
	2				2							2							2									
	3				3							3							3									
	4				4							4							4									
	5				5							5							5									
				sigla infermiere																								
NUTRIZIONE	1				1							1							1									
	2				2							2							2									
	3				3							3							3									
				sigla infermiere																								
TERAPIA SPECIALE (locale/aerosol/O2 ter.)	1				1							1							1									
	2				2							2							2									
	3				3							3							3									
				sigla infermiere																								
SOTTOCUTE	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									
	8				8							8							8									
	9				9							9							9									
	10				10							10							10									
				sigla infermiere																								