

Foglio n.....

Lato A

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			

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

- 1 = Rifiuto paziente
- 2 = Diggiuno
- 3 = Assenza repart paziente
- 4 = Vomito
- 5 = Per Modifica
- 6 = Altro

*Ipertensione	SI	NO
*Diabete	SI	NO
*HCV	Pos	Neg
*HBV	Pos	Neg
Gruppo		
* contrassegnare con X		

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

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