

Foglio n.....

Lato B

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

ALLERGIE: Specificare a cosa.....

Firma del Medico

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

TERAPIA ESTEMPORANEA		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		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									
		sigla infermiere																																											
NUTRIZIONE		1				1								1								1						1								1									
		2				2								2								2						2								2									
		3				3								3								3						3								3									
		sigla infermiere																																											
TERAPIA SPECIALE (locale/aerosol/O2 ter.)		1				1								1								1						1								1									
		2				2								2								2						2								2									
		3				3								3								3						3								3									
		sigla infermiere																																											
SOTTOCUTE		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																																											

LaudieroAllegato_1_SUT