Cognome e Nome……………………………………. Data di nascita……/………/………..Cartella Clinica n. …………… Scheda terapia n………

Allergie segnalate …………………………………………Allergie documentate …………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Farmaco, dosaggio, forma (singola dose) per somministrazione die.(Compilazione stampatello) | Data inizio | Orario | Firma Medico | Data……/……/…….Giornata……………..Orario Somministrazione |
| ENDOVENA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SIGLA INFERMIERE** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ORALE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SIGLA INFERMIERE** |  |  |  |  |  |  |
| INTRAMUSCOLO | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SIGLA INFERMIERE** |  |  |  |  |  |  |
| SOTTOCUTE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GLICEMIA |  |  |  |  |  |  |
| **SIGLA INFERMIERE** |  |  |  |  |  |  |
| ALTRO/VARIE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SIGLA INFERMIERE** |  |  |  |  |  |  |
| ALIMENTAZIONE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SIGLA INFERMIERE** |  |  |  |  |  |  |
| **NOTE** |  |  |  |  |  |  |