

Scheda Unica di Terapia

 <p><b>U.O.</b> _____</p>		Legenda →	/	x	/--/	// sospeso + firma medico	0 non somministr	codificare il motivo →	1 Vomito	2 Digiuno	3 Rifiuto paziente	4 Assenza dal reparto	5 Altro													
<b>COGNOME E NOME</b> _____ <b>C. Clinica</b> _____	<b>DATA NASCITA</b> ...../...../.....	Stanza _____	Allergie documentate _____						Allergie segnalate _____																	
			Data...../...../.....				Data...../...../.....				Data...../...../.....															
Firma del medico per validazione quotidiana della terapia →																										
	<b>NOME DEL FARMACO</b>	<b>dose farmaco</b>	N° somministr	Sigla medico	6	8	12	16	18	20	24	6	8	12	16	18	20	24	6	8	12	16	18	20	24	
<b>ENDOVENA</b>																										
			Sigla infermiere																							
<b>I.M.</b>																										
			Sigla infermiere																							

Scheda Unica di Terapia

 <p><b>U.O.</b> _____</p>		Legenda →	/	x	/--/	// sospeso + firma medico	0 non somministr	codificare il motivo →	1 Vomito	2 Digiuno	3 Rifiuto paziente	4 Assenza dal reparto	5 Altro														
<b>COGNOME E NOME</b> _____ <b>C. Clinica</b> _____		<b>DATA NASCITA</b> ...../...../.....		Stanza _____		<b>Allergie documentate</b>				<b>Allergie segnalate</b>																	
				Data...../...../.....				Data...../...../.....				Data...../...../.....															
Firma del medico per validazione quotidiana della terapia →																											
sottocute	<b>NOME DEL FARMACO</b>	<b>dose farmaco</b>	N° somministr	Sigla medico	6	8	12	16	18	20	24	6	8	12	16	18	20	24	6	8	12	16	18	20	24		
Sigla infermiere																											
X OS																											
Sigla infermiere																											
altro																											
Sigla infermiere																											