



Scheda Unica di Terapia

 <p>U.O. _____</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														
COGNOME E NOME _____ C. Clinica _____	DATA NASCITA/...../.....	Stanza	Allergie documentate						Allergie segnalate																		
			Data...../...../.....						Data...../...../.....																		
Firma del medico per validazione quotidiana della terapia →																											
	NOME DEL FARMACO	dose farmaco	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		
ENDOVENA																											
			Sigla infermiere																								
I.M.																											
			Sigla infermiere																								

Scheda Unica di Terapia

 <p>U.O. _____</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												
COGNOME E NOME _____ C. Clinica _____		DATA NASCITA/...../.....		Stanza _____		Allergie documentate				Allergie segnalate															
				Data...../...../.....				Data...../...../.....				Data...../...../.....													
Firma del medico per validazione quotidiana della terapia →																									
sottocute	NOME DEL FARMACO	dose farmaco	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																									