TERAPIA PER VIA ORALE

COGNOME_____ **NOME**_____

DATA DI NASCITA_____ allergie note_____

DATA/ORA inizio firma MEDICO	PRESCRIZIONE / DOSE (in stampatello)	DATA/ORA termine firma MEDICO	SOMMINISTRAZIONE		GIORNI / SIGLE INFERMIERI											
			FASCIA ORARIA	ORA												
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													

TERAPIA ENDOVENOSA AD ORARIO

COGNOME_____ **NOME**_____

DATA DI NASCITA_____ PESO_____

DATA/ORA inizio firma MEDICO	PRESCRIZIONE / DOSE (in stampatello)	DATA/ORA termine firma MEDICO	SOMMINISTRAZIONE		GIORNI / SIGLE INFERMIERI											
			FASCIA ORARIA	ORA												
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													

GESTIONE VIE INFUSIVE

DATA inizio sigla infermiere	TIPO DI CATETERE VENOSO / TIPO DI LAVAGGIO	DATA termine sigla infermiere	LAVAGGIO		GIORNI / SIGLE INFERMIERI											
			FASCIA ORARIA	ORA												
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													
			00 - 06													
			07 - 12													
			13 - 18													
			19 - 24													

TERAPIA ENDOVENOSA IN INFUSIONE CONTINUA

COGNOME_________________________ **NOME**_____________________________

DATA DI NASCITA__________________ PESO______________

DATA /ORA INIZIO FIRMA MEDICO	PRESCRIZIONE FARMACO (MEDICO)	DATA /ORA/ FIRMA MEDICO			
		DOSAGGIO (MEDICO)			
FIRMA INFERMIERE	DILUIZIONE (INFERMIERE)	VELOCITA' DI INFUSIONE (INFERMIERE)			

ALTRE VIE DI SOMMINISTRAZIONE

COGNOME_____ **NOME**_____

DATA DI NASCITA_____ PESO_____

DATA/ORA inizio firma MEDICO	PRESCRIZIONE DOSE (in stampatello)	**VIA** di Somm. ne	DATA/ORA termine firma MEDICO	SOMMINISTRAZIONE		GIORNI / SIGLE INFERMIERI											
				FASCIA ORARIA	ORA												
				00 - 06													
				07 - 12													
				13 - 18													
				19 - 24													
				00 - 06													
				07 - 12													
				13 - 18													
				19 - 24													
				00 - 06													
				07 - 12													
				13 - 18													
				19 - 24													
				00 - 06													
				07 - 12													
				13 - 18													
				19 - 24													
				00 - 06													
				07 - 12													
				13 - 18													
				19 - 24													
				00 - 06													
				07 - 12													
				13 - 18													
				19 - 24													
				00 - 06													
				07 - 12													
				13 - 18													
				19 - 24													
				00 - 06													
				07 - 12													
				13 - 18													
				19 - 24													
				00 - 06													
				07 - 12													
				13 - 18													
				19 - 24													
				00 - 06													
				07 - 12													
				13 - 18													
				19 - 24													
				00 - 06													
				07 - 12													
				13 - 18													
				19 - 24													

TERAPIA ESTEMPORANEA

COGNOME_____ **NOME**_____

DATA DI NASCITA_____
PESO_____

DATA	PRESCRIZIONE ESTEMPORANEA / DOSE	**VIA** DI SOMM.NE	ORA DI SOMM.NE	FIRMA MEDICO	SIGLA INFERMIERE