



ASP RAGUSA 7
SCHEDA N.

/ = da somministrare X = somministrato H = infusione continua // = sospensione + firma medico Ø = non somministrato per 1 Rifiuto 2 Diggiuno 3 Assenza reparto 4 Altro(nelle note)

ALLERGIE SEGNALATE

Cognome e Nome.....Data di nascita/...../..... Peso Kg..... ALLERGIE DOCUMENTATE.....

						Data...../...../.....		Data...../...../.....		Data...../...../.....		Data...../...../.....		Data...../...../.....																	
Firma medico per validazione terapia																															
Farmaco	dose	forma	Data inizi o	Firma medico	0 0		1 1		1 2		2 2		0 0		1 1		1 2		2 2		0 0		1 1		1 2		2 2				
					6	8	2	4	8	0	4	4	6	8	2	4	8	0	4	4	6	8	2	4	8	0	4	4	6	8	2
freq./die	Avvertenze																														
ORALE																															
Sigla Infermiere																															
SOTTOCUTE																															
GLICEMIA																															
Sigla Infermiere																															
INTRAMUSCOLO																															
Sigla Infermiere																															