



**AUSL 4
TERAMO**

- / = Prescrizione Medica
- \ = Somministrazione effettuata
- sosp. ora. data. sigla = Sospensione
- = Infusione continua

| | | |
|--|----------------|--------------------------------|
| Ø = Non somministrato | — sigle —————→ | 1 = Rifiuto Paziente |
| ☒ = Somministrazione interrotta | | 2 = Digiuno |
| P = Posizionare | } | 3 = Assenza Pz. da U.O. |
| T = Togliere | | 4 = Vomito |
| | cerotto | 5 = Altro |

| | |
|--|---------------------------------|
| ALLERGIE AI FARMACI | <input type="checkbox"/> NEGATE |
| <input type="checkbox"/> RIFERITE Specificare: | _____ |
| Firma del medico | _____ |

| | |
|------------------|------------|
| Revisione 04 del | SCHEDA n°: |
| 10 ottobre 2011 | _____ |

Altezza cm _____
Peso Kg _____
Massa corporea cm² _____

PRESIDIO

UNITÀ OPERATIVA:

COGNOME e NOME del PAZIENTE

DATA di NASCITA _____ / _____ / _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------|-------------|-------------------------|---|----|----|-------------------------|---|----|----|-------------------------|---|----|----|-------------------------|---|----|----|----|---|----|----|----|
| DATA di INGRESSO ____ / ____ / ____ | | | | Data ____ / ____ / ____ | | | | Data ____ / ____ / ____ | | | | Data ____ / ____ / ____ | | | | Data ____ / ____ / ____ | | | | | | | | |
| sigla del Medico per conferma terapia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| farmaco, dosaggio e forma (singola dose) per somministrazione die | | Via di somm.ne | Data inizio | Sigla del Medico | 8 | 12 | 16 | 20 | 8 | 12 | 16 | 20 | 8 | 12 | 16 | 20 | 8 | 12 | 16 | 20 | 8 | 12 | 16 | 20 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nome e Cognome _____

| Data ____ / ____ / ____ | | | | Data ____ / ____ / ____ | | | | Data ____ / ____ / ____ | | | | Data ____ / ____ / ____ | | | | Data ____ / ____ / ____ | | | | |
|--|---|--|----|-------------------------|----|--------------|----|-------------------------|--------|----|--------------|-------------------------|--------------|--------|----|-------------------------|--------------|----|--------|--|
| 8 | 12 | 16 | 20 | 8 | 12 | 16 | 20 | 8 | 12 | 16 | 20 | 8 | 12 | 16 | 20 | 8 | 12 | 16 | 20 | |
| 41 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37 | 37 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FREQUENZA CARDIACA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESSIONE ARTERIOSA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SATURAZIONE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OSSIGENO TERAPIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTENSITÀ DOLORE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIURESI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DRENAGGIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DRENAGGIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DRENAGGIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DRENAGGIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SONDINO NASO-GASTRICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALVO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALIMENTAZIONE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Catetere Venoso Centrale (P/T) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Catetere Venoso Periferico (P/T) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Catetere Vescicale (P/T) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BILANCIO IDRICO | Entrate E.V. | | | TOTALE | | Entrate E.V. | | | TOTALE | | Entrate E.V. | | | TOTALE | | Entrate E.V. | | | TOTALE | |
| | Entrate O.S. | | | | | Entrate O.S. | | Entrate O.S. | | | | | Entrate O.S. | | | | Entrate O.S. | | | |
| A r t i | 0 = Plegia 1 = Paresi grave 2 = Paresi lieve 3 = Forza normale | Superiore sx dx Inferiore sx dx | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PUPILLE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 = normale 2R = Midriatica Reag. 3R = Miotica Reag. 2NR = Midriatica Reag. 3NRF = Miotica Non Reag. 4PR = Poco Reagente | dx sx | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MOBILIZZAZIONE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RICHIESTE INDAGINI DIAGNOSTICHE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESTAZIONI TERAPEUTICHE URGENTI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOTE / OSSERVAZIONI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |