AUSL 4 TERAMO
il meglio è nel tuo territorio

/ = Prescrizione Medica
\ = Somministrazione effettuata
— sosp. ora, data, FIRMA = Sospensione
→ = Infusione continua

Ø = Non somministrato — sigle →
⊠ = Somministrazione interrotta
P = Posizionare } cerotto
T = Togliere

1 = Rifiuto Paziente
2 = Digiuno
3 = Assenza Pz. da U.O.
4 = Vomito
5 = Altro (specificare)

ALLERGIE AI FARMACI
☐ **NEGATE**
☐ **RIFERITE Specificare:** _____
Firma del medico _____

Revisione **04** del **10 ottobre 2011** _____

SCHEDA n°: _____

Altezza cm _____
Peso Kg _____
Massa corporea cm^2 _____

PRESIDIO: **UNITÀ OPERATIVA:**

COGNOME e NOME del PAZIENTE _____ **DATA di NASCITA** _____/_____/_____

DATA di INGRESSO _____/_____/_____

				Data _____/_____/_____	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
sigla Infermiere								
NOTE (vedi codici)				8 12 16 20	8 12 16 20	8 12 16 20	8 12 16 20	8 12 16 20

COLLIRI	Occhio	Data inizio	Sigla del medico	5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
sigla Infermiere								

Terapia anticoaugulante

farmaco, dosaggio e forma (singola dose) per somministrazione die	orario	Data inizio	Sigla del medico	valore INR	sigla di chi ricopia il valore INR	dose	sigla medico	sigla infermiere	valore INR	sigla di chi ricopia il valore INR	dose	sigla medico	sigla infermiere	valore INR	sigla di chi ricopia il valore INR	dose	sigla medico	sigla infermiere	valore INR	sigla di chi ricopia il valore INR	dose	sigla medico	sigla infermiere	valore INR	sigla di chi ricopia il valore INR	dose	sigla medico	sigla infermiere

Terapia insulinica

farmaco, dosaggio e forma (singola dose) per somministrazione die	orario	Data inizio	Sigla del medico	orario	valore glicemia (stick)	U.I.	sigla medico	sigla infermiere	orario	valore glicemia (stick)	U.I.	sigla medico	sigla infermiere	orario	valore glicemia (stick)	U.I.	sigla medico	sigla infermiere	orario	valore glicemia (stick)	U.I.	sigla medico	sigla infermiere	orario	valore glicemia (stick)	U.I.	sigla medico	sigla infermiere

AUSL 4 TERAMO
il meglio è nel tuo territorio

Nome e Cognome _____

	Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____
CURVA TERMICA 41	8 12 16 20	8 12 16 20	8 12 16 20	8 12 16 20	8 12 16 20
40					
39					
38					
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)					
MOBILIZZAZIONE					
RICHIESTE INDAGINI DIAGNOSTICHE					
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE URGENTI					
NOTE / OSSERVAZIONI					

MOD. 6.6340.16044 - Oc. - EditPress srl