



Azienda Sanitaria Provinciale – Agrigento

Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

# TERAPIA

/ = Prescrizione

--/ = Infusione continua

// = Sospensione + firma medico

x = Somministrazione

∅ = Non somministrato

Note 1 Rifiuto paziente

2 Digiuno

3 Assenza paziente in reparto

4 Vomito

5 Altro

		Data																																						
		Firma medico per validazione terapia																																						
		<b>FARMACO e DOSAGGIO</b>																																						
TAO	Firma medico							6	12	15	18	22	24	Modifica	Firma medico							6	12	15	18	22	24	Modifica	Firma medico											
	<b>INR</b>																																							
	Sigla infermiere																																							
TERAPIA DIABETICA	<b>GLICEMIA</b>							8	12	18	22								8	12	18	22								8	12	18	22							
	TERAPIA																																							
		Sigla infermiere																																						
INTRA MUSCOLO																																								
	Sigla infermiere																																							
SOTTOCUTE																																								
	Sigla infermiere																																							
ALTRO																																								
	Sigla infermiere																																							
NOTE																																								
	Sigla infermiere																																							