

Cartella Clinica N. _____

COGNOME _____

NOME _____

N. Letto _____

N. FUT _____

Luogo e Data di Nascita _____

Peso _____

Dieta _____

		DATA											
TERAPIA ORALE													
INIZIA	FARMACO	ORA	Inf.	Inf.	Inf.	Inf.	Inf.	Inf.	Inf.	Inf.	Inf.	SOSP.	Note
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													

TAO													
g.	dr.	INR	dose	INR	dose	INR	dose	INR	dose	INR	dose	INR	dose
		dr.	inf	dr.	inf	dr.	inf	dr.	inf	dr.	inf	dr.	inf

Legenda: // Sospensione Terapia - R Rifiuto del pz - D Digiuno - A Assenza reparto pz - V Vomito - Z Altro (specificare)

1A

Cartella Clinica N. _____

COGNOME _____

NOME _____

N. Letto _____

		DATA											
TERAPIA ENDOVENOSA E INFUSIONALE													
INIZIA	FARMACO	ORA	Inf.	Inf.	Inf.	Inf.	Inf.	Inf.	Inf.	Inf.	Inf.	SOSP.	Note
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													

TERAPIA INTRAMUSCOLARE / SOTTOCUTANEA													
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													

TERAPIA SPECIALE / ESTEMPORANEA													
g.													
dr.													
g.													
dr.													
g.													
dr.													

Legenda: // Sospensione Terapia - R Rifiuto del pz - D Digiuno - A Assenza reparto pz - V Vomito - Z Altro (specificare)

1B