

ALLERGIE:

| 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. | SOSP. | Note |
| g. | | | | | | | | | | | | |
| dr. | | | | | | | | | | | | |
| g. | | | | | | | | | | | | |
| dr. | | | | | | | | | | | | |
| g. | | | | | | | | | | | | |
| dr. | | | | | | | | | | | | |
| g. | | | | | | | | | | | | |
| dr. | | | | | | | | | | | | |
| g. | | | | | | | | | | | | |
| dr. | | | | | | | | | | | | |
| NUTRIZIONE ENTERALE | | | | | | | | | | | | |
| g. | | | | | | | | | | | | |
| dr. | | | | | | | | | | | | |
| DIETA | | | | | | | | | | | | |
| g. | | | | | | | | | | | | |
| dr. | | | | | | | | | | | | |
| g. | | | | | | | | | | | | |
| dr. | | | | | | | | | | | | |
| TERAPIA INTRAMUSCOLARE / SOTTOCUTANEA | | | | | | | | | | | | |
| g. | | | | | | | | | | | | |
| dr. | | | | | | | | | | | | |
| g. | | | | | | | | | | | | |
| dr. | | | | | | | | | | | | |
| g. | | | | | | | | | | | | |
| dr. | | | | | | | | | | | | |

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 | N. FUT | |
|----------------------------------|---------|------|---------|------|------|------|------|------|------|----------|--------|------|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | DATA | | | | | | | | | | |
| TERAPIA ENDOVENOSA E INFUSIONALE | | | | | | | | | | | | |
| INIZIA | FARMACO | ORA | 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. | | | | | | | | | | | | |
| TERAPIA SPECIALE / ESTEMPORANEA | | | | | | | | | | | | |
| g. | | | | | | | | | | | | |
| dr. | | | | | | | | | | | | |
| g. | | | | | | | | | | | | |
| dr. | | | | | | | | | | | | |
| g. | | | | | | | | | | | | |
| dr. | | | | | | | | | | | | |
| g. | | | | | | | | | | | | |
| dr. | | | | | | | | | | | | |
| g. | | | | | | | | | | | | |
| dr. | | | | | | | | | | | | |
| NUTRIZIONE PARENTERALE | | | | | | | | | | | | |
| g. | | | | | | | | | | | | |
| dr. | | | | | | | | | | | | |
| g. | | | | | | | | | | | | |
| dr. | | | | | | | | | | | | |

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

1B