REGIONE PUGLIA - ASL BT - P.O. _____

U.O. DI _____

F.U.T.

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.**		**SOSP.**	**Note**
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
TERAPIA INTRAMUSCOLARE / SOTTOCUTANEA																			
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
TAO																			
g.				INR	dose	INR	dose	INR	dose	INR	dose	INR	dose	INR	dose	INR	dose	g.	
dr.				dr.	inf	dr.	inf	dr.	inf	dr.	inf	dr.	inf	dr.	inf	dr.	inf	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

		DATA																	
TERAPIA ENDOVENOSA E INFUSIONALE																			
INIZIA	**FARMACO**	**ORA**		**Inf.**		**Inf.**		**Inf.**		**Inf.**		**Inf.**		**Inf.**		**Inf.**		**SOSP.**	**Note**
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
TERAPIA SPECIALE / ESTEMPORANEA																			
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	
g.																		g.	
dr.																		dr.	

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASLBAT.IT

Legenda: // Sospensione Terapia - R Rifiuto del pz - D Digiuno - A Assenza reparto pz - V Vomito - Z Altro (specificare) 1B