CARTELLA TERAPEUTICA- *AOU DI SASSARI-*

***U.O.* _____*Direttore*_____**

COGNOME E NOME_____LETTO_____N. ADT_____

ALTEZZA_____ PESO._____G6PD_____

ALLERGIE SI NO QUALI_____

TERAPIA ENDOVENOSA FLEBOCLISI

PRESCRIZIONE					SOMMINISTRAZIONE															SOSPENSIONE
INIZIO TERAPIA	FIRMA	FARMACO	DOSE	ORA	DATA E SIGLA INFERMIERE															Data e Firma

TERAPIA ORALE

PRESCRIZIONE					SOMMINISTRAZIONE														SOSPENSIONE
INIZIO TERAPIA	FIRMA	FARMACO	DOSE	ORA	DATA E SIGLA INFERMIERE														Data e Firma

TERAPIA INTRAMUSCOLARE

PRESCRIZIONE					SOMMINISTRAZIONE															SOSPENSIONE
INIZIO TERAPIA	FIRMA	FARMACO	DOSE	ORA	DATA E SIGLA INFERMIERE															Data e Firma

TERAPIA SOTTOCUTE

PRESCRIZIONE					SOMMINISTRAZIONE															SOSPENSIONE
INIZIO TERAPIA	FIRMA	FARMACO	DOSE	ORA	DATA E SIGLA INFERMIERE															Data e Firma

TERAPIA ESTEMPORANEA

DATA	ORA	FIRMA	FARMACO	VIA DI SOMM.	DOSE	ORA	FIRMA

VARIE

PRESCRIZIONE					SOMMINISTRAZIONE															SOSPENSIONE
INIZIO TERAPIA	FIRMA	FARMACO	DOSE	ORA	DATA E SIGLA INFERMIERE															Data e Firma