



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale

Via Vinicio Cortese, 25 - 88100 Catanzaro

U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
P.P.O.O. SOVERATO
Medicheria tel. 0967-539253
Sala gessi tel.0697-539226

SCHEDA UNICA DI TERAPIA

PAZIENTE..... DATA DI NASCITA.....

DIABETE : NO SI

RIFERITA ALLERGIE A FARMACI: NO SI

LETTO N.

SCHEDA TERAPIA N. _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

LEGENDA:

E.V. = TERAPIA ENDOVENOSA
I. M. = TERAPIA INTRAMUSCOLARE
C.P. = TERAPIA ORALE
S.C. = TERAPIA SOTTOCUTANEA
T. D. = TERAPIA TRASDERMICA
INAL.= TERAPIA INALATORIA
CP. = COMPRESSE
F.i. = FIALE
FLC. = FLACONE
Gtt. = GOCCE
I.C. = INFUSIONE CONTINUA

NOTE:

FIRMA I. P. = TERAPIA SOMMINISTRATA
// + SOSPESO e FIRMA MEDICO = TERAPIA SOSPESA
Ø = TERAPIA NON SOMMINISTRATA per:
1 = RIFIUTO PAZIENTE
2 = DIGIUNO
3 = ASSENZA DAL REPARTO
4 = VOMITO
5 = PRE E POST INTERVENTO CHIRURGICO
6 = RIFIUTO GENITORE
7 = ALTRO

N.B.: E' OBBLIGATORIO REGISTRARE E FIRMARE:

- MEDICO OGNI VARIAZIONE DELLA TERAPIA IN CORSO
- INFERMIERE OGNI SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA PRATICATA

FOGLIO UNICO DI TERAPIA

Paziente _____ N° letto _____

	Inizio	Nome Farmaco	Via	Medico	ORA	Data	Data	Data	Data	Data
07-14	Terapia	DOSAGGIO		prescrittore	SOMM.					
T E R A P I A										
14-22										
P O M E R I G G I O										
22-07										
N O T T E										
TERAPIA ANTITROMBOTICA										
TERAPIA ALTRO										
TERAPIA AL BISOGNO										

N.B.: E' OBBLIGATORIO REGIS
 • MEDICO OGNI VARIAZIONE D
 • INFERMIERE OGNI SOMMINIS

SENDA

FIRMA Infermiere = TERAPIA SOMMINISTRATA
 // + SOSPEO e FIRMA MEDICO = TERAPIA SOSPESA
 Ø = TERAPIA NON SOMMINISTRATA per:
 1 = RIFIUTO PAZIENTE
 2 = DIGIUNO
 3 = ASSENZA DAL REPARTO
 4 = VOMITO
 5 = PRE E POST INTERVENTO CHIRURGICO
 6 = RIFIUTO GENITORE
 7 = ALTRO

E.V. = TERAPIA ENDOVENOSA
 I. M. = TERAPIA INTRAMUSCOLARE
 C.P. = TERAPIA ORALE
 S.C. = TERAPIA SOTTOCUTANEA
 T. D. = TERAPIA TRASDERMICA
 INAL. = TERAPIA INALATORIA
 CP. = COMPRESSE
 F.I. = FIALE
 FLC. = FLACONE
 Gtt. = GOCCE
 I.C. = INFUSIONE CONTINUA

Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data

: E FIRMARE:
 TERAPIA IN CORSO
 NOME DELLA TERAPIA PRATICATA

