

**TERAPIA FARMACOLOGICA****Prescrizione medica**

Cognome nome _____

data di nascita _____

KG _____

Informazioni sanitarie

Diagnosi ICDIX-CM	
Allergie farmaci riconosciute	
Allergie alimentari riconosciute	
Dieta	
Diabete (insulino dipendente, tipo 2...)	
Difficoltà di assunzione terapia farmacologica	
Note	

Terapia in atto

data revisione _____

principio attivo farmaco	dosaggio-posologia	firma del MMG

Terapia condizionata

dal	al	principio attivo farmaco-dosaggio-posologia	via somministrazione	motivazione (es.se temp.>38°)

data _____

Timbro e firma _____



TERAPIA FARMACOLOGICA

Scheda verifica assunzione terapia farmacologica (IP) e sorveglianza assunzione terapia (OSS)

Cognome nome	data di nascita	MESE
--------------	-----------------	------

data	ore 08.00	firma IP	ore 12.00	firma IP	ore 14.00	firma IP	ore 18.00	firma OSS	emostick	PA	T
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											

Legenda X: somministrato //: sospeso ⊖: non somministrato

Sigle OSS

Cognome, N.	MARIO R.		
Sigla	MR		