|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SCHEDA****N.**  | **COGNOME E NOME DEL PAZIENTE**  | **ALLERGIE RIFERITE**  | MESE | **LEGENDA (**DA INDICARE NELLE CASELLE RELATIVE ALLA SOMMINISTRAZIONE) |
|  |  **SOSPENSIONE TERAPIA**  | **X** = **AVVENUTA** **SOMMINISTRAZIONE** |  **# = MANCATA SOMMINISTRAZIONE IN** **STRUTTURA** |  **VIE DI SOMMINISTRAZIONE (V.S)** |
| **DATA** | **SEDE:** | ANNO | In caso di sospensione della terapia, inserire il relativo simbolo nella casella da cui essa decorre e tirare una riga lungo le caselle corrispondenti al periodo di sospensione. Se la sospensione è definitiva,dopo l’inserimento del simbolo,) tirare riga su tutte le altre caselle . | Anche il PZ. deve apporre la propria sigla di avvenuta assunzione in quanto auto-somministrazione assistita   | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **OS** | **LC** | **IM** | **SC** | **IN** | **EV** | **RT** |
| **rifiuto** **paziente** | **paziente non si presenta** | **vomito** | **verifica****a casa****program.** | **altro*****Indicare nel diario e in note*** | **orale** | **locale** | **intra****muscolo** | **sotto****cute** | **inalatoria** | **endo vena** | **rettale** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **V.S.** |  **FARMACO** |  **POSOLOGIA**  | Data **INIZIO**Terapia |  Data **SOSPENS.** Terapia | **FIRMA** **MEDICO della****STRUTTURA*****Oppure vedi nota*** **(\*)** | **DATA SOMMINISTR.** | **DATA SOMMINISTR.** | **DATA SOMMINISTR.** | **DATA SOMMINISTR.** | **DATA SOMMINISTR.** | **DATA SOMMINISTR.** | **DATA SOMMINISTR.** |
| **8** | **14** | **17** | **20** | **22** |  |  |  |  |  |  |  |
| **ORARI SOMMINISTR.** | **ORARI SOMMINISTR.** | **ORARI SOMMINISTR.** | **ORARI SOMMINISTR.** | **ORARI SOMMINISTR.** | **ORARI SOMMINISTR.** | **ORARI SOMMINISTR.** |
| **8** | **14** | **17** | **20** | **22** | **8** | **14** | **17** | **20** | **22** | **8** | **14** | **17** | **20** | **22** | **8** | **14** | **17** | **20** | **22** | **8** | **14** | **17** | **20** | **22** | **8** | **14** | **17** | **20** | **22** | **8** | **14** | **17** | **20** | **22** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NOTE:**  | **SIGLA PAZIENTE** DI AVVENUTA ASSUNZIONE TERAPIA  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **FIRMA INFERMIERE**CHE HA PREDISPOSTO LA TERAPIA |  |  |  |  |  |  |  |
| **SIGLA DEL PERSONALE** CHE ASSISTE IL PZ.NELLA AUTOSOMMINISTRAZIONE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **V.S.** |  **FARMACI OCCASIONALI** **(T.A.B.)** |  **POSOLOGIA E MOTIVAZIONE** | Data **INIZIO**Terapia |  Data **SOSPENS.**Terapia | **FIRMA** **MEDICO della****STRUTTURA*****Oppure vedi nota*** **(\*)** |  **DATA SOMMINISTR.** | **DATA SOMMINISTR.** | **DATA SOMMINISTR.** |  **DATA SOMMINISTR.** | **DATA SOMMINISTR.** | **DATA SOMMINISTR.** | **DATA SOMMINISTR.** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ORA SOMMINISTR.**  | **ORA SOMMINISTR.** |  **ORA SOMMINISTR.****.** |  **ORA SOMMINISTR.** |  **ORA SOMMINISTR.** | **ORA SOMMINISTR..** |  **ORA SOMMINISTR.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NOTE:** | **SIGLA PAZIENTE** DI AVVENUTA ASSUNZIONE TERAPIA  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **FIRMA INFERMIERE** CHE HA PREDISPOSTO LA TERAPIA |  |  |  |  |  |  |  |
| **SIGLA DEL PERSONALE** CHE ASSISTE IL PZ.NELLA AUTOSOMMINISTRAZIONE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **V.S.** | **TERAPIA DEPOT**o altri farmaci acadenza periodica |  **POSOLOGIA** |  **FREQUENZA** | **Data****Somminist..** | **Data di****Successiva****Somminist.** | Data **INIZIO**Terapia |  Data **SOSPENS.**Terapia | **FIRMA** **MEDICO della****STRUTTURA*****Oppure vedi nota*** **(\*)** |  **DATA SOMMINISTRAZ.** | **DATA SOMMINISTRAZ.** | **DATA SOMMINISTRAZ.** | **DATA SOMMINISTRAZ.** | **DATA SOMMINISTRAZ.** | **DATA SOMMINISTRAZ.** | **DATA SOMMINISTRAZ.** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **ORA SOMMINIST.**  |  | **ORA SOMMINIST.**  |  | **ORA SOMMINIST.** |  | **ORA SOMMINIST.** |  | **ORA SOMMINIST.** |  | **ORA SOMMINIST.** |  | **ORA SOMMINIST.** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **ORA SOMMINIST.**  |  | **ORA SOMMINIST** |  | **ORA SOMMINIST.** |  | **ORA SOMMINIST.** |  | **ORA SOMMINIST.** |  | **ORA SOMMINIST.** |  | **ORA SOMMINIST.** |  |
| **NOTE:** | **SIGLA PAZIENTE** DI AVVENUTA ASSUNZIONE TERAPIA  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **FIRMA INFERMIERE** CHE HA PREDISPOSTO LA TERAPIA |  |  |  |  |  |  |  |
| **SIGLA DEL PERSONALE** CHE ASSISTE IL PZ.NELLA AUTOSOMMINISTRAZIONE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**(\*)** qualorala terapiasia prescrittada medico o presidio sanitario **esterno alla struttura** **, IN LUOGO DELLA FIRMA DEL MEDICO DELLA STRUTTURA verrà annotato ILNOME DEL MEDICO ESTERNO PRESCRIVENTE .** Copia delle relative prescrizioni farmacologiche **verranno conservate nella cartella clinica del paziente** *(o allegate alla STU*)