|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 a  cadenza 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*)