

Sig.

DATA DI NASCITA / /

N° letto

Allergie riferite:

		prescrizione		velocità d'infusione ml/h						somministrazione											
				1°		2°		3°		data											
				firma		firma		firma		firma											
		ora		ora		ora		ora		firma											
		data		data		data		data		firma											
E V c o n t i n u a	in ml																				
	in ml																				
	in ml																				
	in ml																				
	in ml																				
	in ml																				
	in ml																				
	in ml																				
	in ml																				
	in ml																				
	in ml																				
	in ml																				
	in ml																				
	in ml																				
	o r e 6	in ml									firma										
in ml										firma											
in ml										firma											
o r e 8	in ml									firma											
	in ml									firma											
	in ml									firma											
	in ml									firma											
	in ml									firma											
	in ml									firma											
	in ml									firma											
o r e 12	in ml									firma											
	in ml									firma											

Sig.

DATA DI NASCITA / /

N° letto

somministrazione

prescrizione		1°	firma	2°	firma	data	somministrazione											
ore 16 in ml					firma												
	..... in ml					firma											
	..... in ml					firma											
ore 18	..... in ml					firma											
	..... in ml					firma											
	..... in ml					firma											
ore 20	..... in ml					firma											
	..... in ml					firma											
	..... in ml					firma											
	..... in ml					firma											
ore 24	..... in ml					firma											
	..... in ml					firma											
oltre ore 24	..... in ml					ora firma											
	..... in ml					ora firma											
A L B I S O G N O	..... in ml					ora firma											
	..... in ml					ora firma											
	..... in ml					ora firma											
	..... in ml					ora firma											

PCA: sol. Fis 100 ml+ morfini cloridrato 50 mg	Data	Data	Data	Data	Cateterino o Peridurale o Perineurale o Sottofasciale
	Ora	Ora	Ora	Ora	
	Firma	Firma	Firma	Firma	
	Firma	Firma	Firma	Firma	
Bolo mg (0,5 mg/ml)					Volume totale ml.
Lock min					Composizione:
Dose max 4 ore mg					oppioidi:
Morfina consumo/die mg	Data	Data	Data	Data	mg.
	mg	mg	mg	mg	An. Loc:
					mg.