

Sig.

DATA DI NASCITA / /

N° letto

Allergie riferite:

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

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.