SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Logo Azienda	Cognome Nome Data di nascita N° CCI/Nosologico	Barcode

Terapia al bisogno

Data Ora	Farmaco	Dose	n° volte/ die	Via somm.	Ripetibilità max *Intervallo min tra 2 somm. ni*	Parametri di riferimento	Firma medico	Data..... ORA	Data..... ORA	Data..... ORA	Data..... ORA	Data..... ORA	Data..... ORA	Data..... ORA	Data..... ORA

Data………………………					Data………………………					Data………………………					Data………………………					Data………………………					Data………………………				
ORA					ORA					ORA					ORA					ORA					ORA				