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

Terapia endovena

PRESCRIZIONE		SOSPENSIONE		Terapia endovena *(indicare farmaco e ora di somministrazione)*	Data.....		Data.....		Data.....		Data.....		Data.....		Data.....		Data.....	
DATA ORA	Firma medico	DATA ORA	Firma medico		ORA		ORA		ORA		ORA		ORA		ORA		ORA	
				TERAPIA ENDOVENA INFUSIONE CONTINUA														

FOGLIO UNICO di TERAPIA

Data...........................					Data...........................					Data...........................					Data...........................					Data...........................					Data...........................				
ORA					ORA					ORA					ORA					ORA					ORA				