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

Terapia intramuscolo, aerosol, topica, nutrizione enterale

PRESCRIZIONE		SOSPENSIONE			Data.....		Data.....		Data.....		Data.....		Data.....		Data.....		Data.....		Data.....	
DATA ORA	Firma medico	DATA ORA	Firma medico	**Terapia intramuscolo** *(indicare farmaco e ora di somministrazione)*	ORA		ORA		ORA		ORA		ORA		ORA		ORA		ORA	
				AEROSOL - OSSIGENO TERAPIA																	
				ALTRA TERAPIA (OFTALMICA, TOPICA, …)																	
				NUTRIZIONE ENTERALE																	

FOGLIO UNICO di TERAPIA

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