



nome.....cognome.....

CF:.....ALLERGIE.....

TERAPIA QUOTIDIANA		
PRINCIPIO ATTIVO e NOME COMMERCIALE + mg/ml	DOSAGGIO	
COLAZIONE		
PRANZO		
H 16.00		
CENA		
PRIMA DI DORMIRE		
MODALITA' ASSUNZIONE TERAPIA		
O ORALE INTEGRA	O ORALE TRITATA	O PEG

1

Data compilazione.....Firma referente sanitario.....



**SIM-PATIA**  
Cooperativa Sociale a  
responsabilità limitata

22070 Valmorea (CO) Via  
Parini, 180  
Tel. 031 806030 Fax 031  
806078  
P. IVA e CF 01811690138  
e-mail: info@sim-patia.it  
www.sim-patia.it

Iscritta all'Albo delle  
Cooperative Sociali Regione  
Lombardia  
Sezione A, Foglio 95 n. 189  
Albo Coop. Mutualità  
prevalente  
A 104351 – Rea 218824

UBI BANCA  
ag. di Como

IBAN: IT 91D031111 0905 000  
0000 14537

nome.....cognome.....

CF:.....ALLERGIE.....

TERAPIA AL BISOGNO			
In caso di	Principio attivo mg/ml	dosaggio	Frequenza somministrazione + durata trattamento
Temperatura corporea			
Mal di testa			
Nausea e/o vomito			
Dolori osteoarticolari			
Diarrea			
Stitichezza			
Eritema solare			
Dolore auricolare			
Aggressività/iperagitazione			
congiuntivite			
insomnia/agitazione			

MEDICAZIONE				
Zona da medicare	Prodotti necessari (da inviare)	Modalità medicazione	Ogni quanto va cambiata	Avvisare il medico in caso di....

**NOTA BENE**

Le voci presenti nella tabella "TERAPIA AL BISOGNO" SONO DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE

**NON VERRANNO SOMMINISTRATI FARMACI DI ALCUN TIPO SENZA SPECIFICA INDICAZIONE SCRITTA  
FIRMATA DAL MEDICO O DAL REFERENTE SANITARIO**

2

Data compilazione.....Firma referente sanitario.....