

TERAPIA DELL'OSPITE

nome.....cognome.....
CF:.....ALLERGIE.....

TERAPIA QUOTIDIANA	
COLAZIONE	
PRINCIPIO ATTIVO+mg/ml	DOSAGGIO
PRANZO	
PRINCIPIO ATTIVO+mg/ml	DOSAGGIO
POMERIGGIO	
PRINCIPIO ATTIVO+mg/ml	DOSAGGIO
CENA	
PRINCIPIO ATTIVO+mg/ml	DOSAGGIO
NOTTE	
PRINCIPIO ATTIVO+mg/ml	DOSAGGIO

MODALITA' ASSUNZIONE TERAPIA COMPRESSE	
O orale integra	OPEG
O orale tritata	

TERAPIA DELL'OSPITE

nome.....cognome.....
 CF:.....ALLERGIE.....

TERAPIA AL BISOGNO			
in caso di:	principio attivo+mg/ml	dosaggio	frequenza somministrazione e durata del trattamento
*Temperatura corporea maggiore di 38°C			
Mal di testa			
Nausea e/o vomito			
Dolori osteoarticolari			
Diarrea			
Stitichezza			
Eritema solare			
Astenia e/o stanchezza			
*Aggressività/iperagitazione/ Inadeguatezza comportamentale			
congiuntivite			
*Insomnia/agitazione notturna			

MEDICAZIONE				
Zona da medicare	Presidi necessari DA INVIARE (garze/creme...)	Modalità medicazione	Specificare ogni quanto va medicato	Avvisare riferimento sanitario in caso di...(arrossamento/sanguinamento...)

NOTA BENE:

Le voci presenti nella tabella "TERAPIA AL BISOGNO" e contrassegnati con * SONO DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE. In caso di chiarimenti contattare direttamente l'organizzazione.

NON VERRANNO SOMMINISTRATI FARMACI DI ALCUN TIPO SE NON SEGNALATI O SENZA SPECIFICA INDICAZIONE MEDICA SCRITTA.