

DIARIO ASSISTENZIALE

NOME

COGNOME

N. CARTELLA

DATA	P.A.	F.C.	F.R.	SPO2	T.C.	DOLORE
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MEDICAZIONI	
	SOMMINISTRAZIONE TERAPIA SOTTOCUTANEA	SOMMINISTRAZIONE TERAPIA INTRADERMICA	SOMMINISTRAZIONE TERAPIA INTRAMUSCOLO			
FIRMA	<input type="checkbox"/> BENDAGGI SEMPLICI	<input type="checkbox"/> RIMOZIONE PUNTI DI SUTURA	<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE	<input type="checkbox"/> STOMA CARE		
	NOTE					

DATA	P.A.	F.C.	F.R.	SPO2	T.C.	DOLORE
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MEDICAZIONI	
	SOMMINISTRAZIONE TERAPIA SOTTOCUTANEA	SOMMINISTRAZIONE TERAPIA INTRADERMICA	SOMMINISTRAZIONE TERAPIA INTRAMUSCOLO			
FIRMA	<input type="checkbox"/> BENDAGGI SEMPLICI	<input type="checkbox"/> RIMOZIONE PUNTI DI SUTURA	<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE	<input type="checkbox"/> STOMA CARE		
	NOTE					

DATA	P.A.	F.C.	F.R.	SPO2	T.C.	DOLORE
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MEDICAZIONI	
	SOMMINISTRAZIONE TERAPIA SOTTOCUTANEA	SOMMINISTRAZIONE TERAPIA INTRADERMICA	SOMMINISTRAZIONE TERAPIA INTRAMUSCOLO			
FIRMA	<input type="checkbox"/> BENDAGGI SEMPLICI	<input type="checkbox"/> RIMOZIONE PUNTI DI SUTURA	<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE	<input type="checkbox"/> STOMA CARE		
	NOTE					

DATA	P.A.	F.C.	F.R.	SPO2	T.C.	DOLORE
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MEDICAZIONI	
	SOMMINISTRAZIONE TERAPIA SOTTOCUTANEA	SOMMINISTRAZIONE TERAPIA INTRADERMICA	SOMMINISTRAZIONE TERAPIA INTRAMUSCOLO			
FIRMA	<input type="checkbox"/> BENDAGGI SEMPLICI	<input type="checkbox"/> RIMOZIONE PUNTI DI SUTURA	<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE	<input type="checkbox"/> STOMA CARE		
	NOTE					

DISTRETTO DI _____

SEDE DI _____

INDIRIZZO _____

CONTATTI

TELEFONO _____

E-MAIL _____

EQUIPE

INFERMIERE _____

INFERMIERE _____

INFERMIERE _____