



ALLEGATO 1  
: MODULO RICHIESTA TERAPIA INFUSIVA

Cognome..... Nome..... Nato/a il.....

Residente..... Via..... n°.....

Codice Fiscale..... Tel.....

Diagnosi/Problema Sanitario.....

Anamnesi allergologica  Negativa  Positiva.....

Malattie infettive a trasmissione ematica  si.....  no  non accertato

SI RICHIEDE SOMMINISTRAZIONE DI :

Soluzione Glucosata.....%.....cc/die  Soluzione Fisiologica.....cc  
 Soluzione Idroelettrolitica.....cc/die  Altro.....cc/die

La terapia infusiva avrà una durata di.....gg  tutti i gg  no sabato  no domenica  
 a gg alterni  altro.....

Tempo di somministrazione terapia: ....h

N.B. Se richiesta la somministrazione di farmaci e.v, è prevista la presenza del MMG/PLS per le prime due somministrazioni(presenza non necessaria se si tratta di un proseguimento di terapia)

Farmaco..... Posologia.....  
Note:.....

Il sottoscritto Dr/Dr.ssa.....

dichiara

che la medesima terapia è gestibile dall'infermiere/a anche in assenza del medico, e che si rende disponibile per eventuali necessità al n°.....  
come da A.C.N.

Firma e timbro

N.B. Le richieste incomplete o illeggibili, potranno essere evase solo dopo integrazione da parte del MMG/PLS o da un Medico Adl.