

**PAZIENTE:**

**ANNO**

N° progr.	
-----------	--

DATA	MEDICAMENTI	SITO	GIORNI	ORARI				Data e Nr. RICETTA (NRE)	MEDICO PRESCRITTORE	SIGLA Infermiere

- Riportare il nome dei medicinali, il sito (ferita, lesione, cute etc.), se tutti i giorni (o ogni quanti giorni) e l'ora della medicazione
- Riportare la data e il numero della prescrizione e il nominativo del medico prescrittore
- Conservare in allegato al modulo la copia delle prescrizioni

**NOTA:** Numerare progressivamente ogni modulo e archiviare cronologicamente, unitamente alle copie delle prescrizioni, in un unico plico per ogni singolo anno solare.