|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MODULO 11** | **PRESCRIZIONE MEDICAMENTI** | Cod. ROG26/2.11 - Rev.02 del 30.06.2025 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PAZIENTE: |  |  | ANNO |  | N°progr. |  |

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

* Riportare il nome dei medicamenti, 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.