|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MODULO 12** | **PRESCRIZIONE TRATTAMENTI TERAPEUTICI** | Cod. ROG26/1.12 - Rev.02 del 30.06.2025 |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **TRATTAMENTO TERAPEUTICO** | **PRESIDI** | **Q,TA’** | **DURATA** | **Data e Nr.**  **RICETTA (NRE)** | **MEDICO**  **PRESCRITTORE** | **SIGLA**  Infermiere |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Riportare il tipo di trattamento terapeutico prescritto (ossigenoterapia, catetere, SNG etc.), i presidi (bombola ossigeno, sondino etc.) la quantità dei presidi e la durata del trattamento.
* 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.