RSA PIO ISTITUTO SANTA CATERINA DE' RICCI PRATO	CARTELLA SOCIO SANITARIA SCHEDA TERAPIA		SGS

Cognome _____ **Nome** _____

Medico di Medicina Generale
Cognome _____ **Nome** _____

Allergie farmacologiche ☐ **NO** ☐ **SI**

Terapia orale	**Data Inizio**	**Firma MMG**	**Orario somministrazione**						**Data Fine**	**Firma MMG**
			7,00 9,00	**12,00 13,00**	**16,00 17,00**	**18,00 19,00**	**20,00 21,00**	**22,00**		

Terapia intramuscolare o sottocutanea	**Data Inizio**	**Firma MMG**	**7,00 9,00**	**12,00 13,00**	**16,00 17,00**	**18,00 19,00**	**20,00 21,00**	**22,00**	**Data Fine**	**Firma MMG**

Terapia endovenosa/fleboclisi	**Data Inizio**	**Firma MMG**	**7,00 9,00**	**12,00 13,00**	**16,00 17,00**	**18,00 19,00**	**20,00 21,00**	**22,0 0**	**Data Fine**	**Firma MMG**

Altra terapia	**Data Inizio**	**Firma MMG**	**7,00 9,00**	**12,00 13,00**	**16,00 17,00**	**18,00 19,00**	**20,00 21,00**	**22,0 0**	**Data Fine**	**Firma MMG**