

**CDI A.PUNTURIERE**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_    Nome e Cognome Ospite: \_\_\_\_\_

Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Nome Farmaco	Dosaggio	Quantità	Tipo	Orario di assunzione

TERAPIA AL BISOGNO \_\_\_\_\_

Autonomo/a nell'assunzione della terapia?       SI       NO

Motivo della variazione della terapia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Altre segnalazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma e Timbro MMG \_\_\_\_\_

Firma Ospite/Familiare: \_\_\_\_\_

Firma Medico CDI: \_\_\_\_\_



