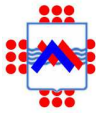
 azienda sanitaria locale matera	MODULO		COD: MPDTA-02-16	
	Data		REV. 0.0	Pagina 1/4
	SCHEDA INFUSIONALE PER TERAPIA DI FARMACI BIOLOGICI Cod. MPDTA-02-16 PDTA Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali Redazione: Coord. Dott.ssa Inf. Brunella Caputo			
Struttura Complessa interaziendale Gastroenterologia/Endoscopia Digestiva				

SCHEDA INFUSIONALE PER TERAPIA DI FARMACI BIOLOGICI

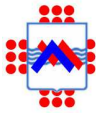
GENERALITA' PAZIENTE:	
Cognome e nome:	
Luogo e data di nascita:	
Residenza:	
Peso:	

SINTESI ANAMNESTICA:	
Terapie concomitanti:	
Data di inizio terapia biologica:	
Numero di infusione:	
Terapia biologica pregressa:	
Allergie:	

 azienda sanitaria locale matera	MODULO Data _____		COD: MPDTA-02-16	
	SCHEDA INFUSIONALE PER TERAPIA DI FARMACI BIOLOGICI Cod. MPDTA-02-16 PDTA Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali		REV. 0.0	Pagina 2/4
	Redazione: Coord. Dott.ssa Inf. Brunella Caputo			

Struttura Complessa interaziendale Gastroenterologia/Endoscopia Digestiva

SOMMINISTRAZIONE TERAPIA:						
Somministrazione di altra terapia: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Si [] No [] </div>		Farmaco: _____ _____ _____		Dose: _____ _____ _____	Data: ____/____/____	Firma Medico _____
Farmaco Biologico da somministrare: _____ _____ _____		Dose: _____ _____ _____		Data: ____/____/____	Firma Medico _____	
Inizio somministrazione del Farmaco Biologico: _____		Data: ____/____/____		Ora: _____	Firma Infermiere _____	
Tempi di somministrazione:		30 Minuti []	1 Ore []	2 Ore []	Firma Medico _____	
Velocità di infusione per ricostituzioni in 250 SF • per <u>Remicade</u> : - quando infuso in due ore, la velocità di infusione sarà di 40ml/h per i primi 15 minuti, di 60ml/h per i successivi 15 minuti e di 100ml/h sino al termine dell'infusione; - quando infuso in un'ora, la velocità di infusione sarà 250 ml/h. • per <u>Vedolizumab</u> : l'infusione avverrà in 30 minuti, alla velocità d'infusione di 500ml/h		Dalle _____ alle _____ Velocità _____ Dalle _____ alle _____ Velocità _____ Dalle _____ alle _____ Velocità _____			Firma Infermiere _____ _____ _____	
Presenza di particelle nella soluzione ricostituita:		Si []		No []	Firma Infermiere _____	
Cambio colore della soluzione ricostituita:		Si []		No []	Firma Infermiere _____	
Parametri Vitali a 0 Minuti:	PA _____	TC _____	SPO2 _____	FC _____	Firma Infermiere _____	
Parametri Vitali a 30 Minuti:	PA _____	TC _____	SPO2 _____	FC _____	Firma Infermiere _____	
Parametri Vitali a 60 Minuti:	PA _____	TC _____	SPO2 _____	FC _____	Firma Infermiere _____	
Parametri Vitali a 90 Minuti:	PA _____	TC _____	SPO2 _____	FC _____	Firma Infermiere _____	
Parametri Vitali a 120 Minuti:	PA _____	TC _____	SPO2 _____	FC _____	Firma Infermiere _____	
Fine somministrazione		Ore: _____			Firma Infermiere _____	

 azienda sanitaria locale matera	MODULO Data _____		COD: MPDTA-02-16	
	SCHEDA INFUSIONALE PER TERAPIA DI FARMACI BIOLOGICI Cod. MPDTA-02-16 PDTA Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali		REV. 0.0	Pagina 3/4
	Redazione: Coord. Dott.ssa Inf. Brunella Caputo			
Struttura Complessa interaziendale Gastroenterologia/Endoscopia Digestiva				

REAZIONE AVVERSA

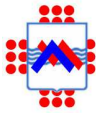
Reazione avversa: _____ _____	Tipo di reazione: _____ _____ _____ _____	Firma Infermiere _____
Modalità di gestione: _____ _____ _____ _____		

REAZIONE AVVERSA

Reazione avversa: _____ _____	Tipo di reazione: _____ _____ _____ _____	Firma Infermiere _____
Modalità di gestione: _____ _____ _____ _____		

REAZIONE AVVERSA

Reazione avversa: _____ _____	Tipo di reazione: _____ _____ _____ _____	Firma Infermiere _____
Modalità di gestione: _____ _____ _____ _____		

 azienda sanitaria locale matera	MODULO		COD: MPDTA-02-16	
	Data _____		REV. 0.0	Pagina 4/4
	SCHEDA INFUSIONALE PER TERAPIA DI FARMACI BIOLOGICI Cod. MPDTA-02-16 PDTA Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali Redazione: Coord. Dott.ssa Inf. Brunella Caputo			
Struttura Complessa interaziendale Gastroenterologia/Endoscopia Digestiva				

REAZIONE AVVERSA

Reazione avversa: _____ _____	Tipo di reazione: _____ _____ _____ _____	Firma Infermiere _____
Modalità di gestione: _____ _____ _____ _____		

REAZIONE AVVERSA

Reazione avversa: _____ _____	Tipo di reazione: _____ _____ _____ _____	Firma Infermiere _____
Modalità di gestione: _____ _____ _____ _____		

Prossimo appuntamento	Data: ____/____/____	Ora: _____	Firma: _____
------------------------------	--------------------------------	----------------------	------------------------