



Data

MODULO**COD: MPDTA-02-16**

SCHEDA INFUSIONALE PER TERAPIA DI FARMACI
BIOLOGICI
Cod. MPDTA-02-16 PDTA Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali
Redazione: Coord. Dott.ssa Inf. Brunella Caputo

REV. 0.0

Pagina 1/4

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:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Data di inizio terapia biologica:	
Numero di infusione:	
Terapia biologica pregressa:	
Allergie:	



Data

MODULO

COD: MPDTA-02-16

SCHEDA INFUSIONALE PER TERAPIA DI FARMACI BIOLOGICI
Cod. MPDTA-02-16 PDTA Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali
Redazione: Coord. Dott.ssa Inf. Brunella Caputo

REV. 0.0

Pagina 2/4

Struttura Complessa interaziendale Gastroenterologia/Endoscopia Digestiva**SOMMINISTRAZIONE TERAPIA:**

Somministrazione di altra terapia: <input type="checkbox"/> Si [] <input type="checkbox"/> No []	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 []	
Velocità di infusione per ricostituzioni in 250 SF <ul style="list-style-type: none"> • 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 _____



Data

MODULO**COD: MPDTA-02-16**

SCHEDA INFUSIONALE PER TERAPIA DI FARMACI
BIOLOGICI
Cod. MPDTA-02-16 PDTA Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali
Redazione: Coord. Dott.ssa Inf. Brunella Caputo

REV. 0.0

Pagina 3/4

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:**



Data

MODULO**COD: MPDTA-02-16**

SCHEDA INFUSIONALE PER TERAPIA DI FARMACI
BIOLOGICI
Cod. MPDTA-02-16 PDTA Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali
Redazione: Coord. Dott.ssa Inf. Brunella Caputo

REV. 0.0

Pagina 4/4

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:
