



**CHECK LIST SOMMINISTRAZIONE
FARMACI ANTIBLASTICI**

Rev.0.0
03/08/2021
Pagina 1 di 1

Cognome e Nome				
Nato/a il		a		Anni

	si	no			
Il consenso informato è stato firmato					
Il paziente è stato informato del trattamento					
Allergie riferite					
Corrispondenza paziente - farmaco					
Controllo conformità del farmaco con la prescrizione medica					
Controllo etichettatura del farmaco					
Controllo confezionamento del farmaco					
Controllo dose del farmaco					
Controllo velocità di somministrazione					
Controllo stabilità farmaco e temperatura di conservazione					
Controllo aspetto della preparazione					
Controllo integrità della confezione					
Controllo via di somministrazione					
Controllo protocollo infusionale					
Rilevazione parametri vitali (Pressione Arteriosa-Frequenza Cardiaca-Temperatura Corporea)			PA	FC	TC
Posizionamento telo sterile sotto il braccio					
Utilizzo Port-a-cath					
Utilizzo dispositivo Picc					
Reperimento vena					
Vena mediana avambraccio			Dx	Sn	
Vena Cefalica e Basilica			Dx	Sn	
Vene dorsali della mano			Dx	Sn	
Infusa terapia ancillare					
Lavaggio con soluzione fisiologica prima dell'infusione e dopo avvenuta somministrazione					
Conferma della prosecuzione del trattamento per cui e' stato firmato il consenso informato					

data

ora

Infermiere

Firma _____