

# Instillazione di BCG

Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

## INSTILLAZIONE OGNI 4 SETTIMANE

DATA															
NUMERO DI TRATTAMENTO	1	2	3		4	5	6		7	8	9		10	11	12
FIRMA															
ANALISI DEL SANGUE															
NELLA NORMA															
FUORI DALLA NORMA - APPROVAZIONE DEL MEDICO															
ESAME DELLE URINE CON STRISCE REATTIVE															
NELLA NORMA															
FUORI DALLA NORMA - APPROVAZIONE DEL MEDICO															
	<b>CISTOSCOPIA 4 SETTIMANE DOPO L'ULTIMA INSTILLAZIONE</b>				<b>CISTOSCOPIA 4 SETTIMANE DOPO L'ULTIMA INSTILLAZIONE</b>				<b>CISTOSCOPIA 4 SETTIMANE DOPO L'ULTIMA INSTILLAZIONE</b>				<b>CISTOSCOPIA 4 SETTIMANE DOPO L'ULTIMA INSTILLAZIONE</b>		

- Ricordare di documentare i risultati nella cartella clinica del paziente.
- Confrontare le linee guida locali riguardanti l'instillazione di BCG.
- Ricordare di consegnare al paziente le informazioni riguardanti l'instillazione di BCG.