

Instillazione di BCG

Nome: _____

Data di nascita: _____

INSTILLAZIONE SETTIMANALE

DATA							CISTOSCOPIA 4 SETTIMANE DOPO L'ULTIMA INSTILLAZIONE
NUMERO DI TRATTAMENTO	1	2	3	4	5	6	
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							

- 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.