

**MODELO DE ADMINISTRACIÓN DE LA INMUNOTERAPIA (vía SC)
FASE DE MANTENIMIENTO**

Nombre y apellidos del paciente: _____

Médico que prescribe: _____ Policlínico/Hospital: _____

Vacuna: _____ Fecha de inicio del tto: _____

Fecha de inicio del mto: _____ Dosis de mto: _____ UB Frecuencia: _____

Dilución No: _____ Conc.: _____ UB/mL Vol. Inyección: _____ mL

**Precaución: No administrar en caso de presentar fiebre o asma.*

Dilución No: _____	Fecha	Examen clínico normal*			Volumen inyectado (mL)	R. Adversa		Firma Enfermera
		Sí	No	Firma Medico		Loc.	Sist.	
Lote: _____ Fecha Vencimiento: _____	____/____/____							
	____/____/____							
	____/____/____							
	____/____/____							
	____/____/____							
	____/____/____							
	____/____/____							
	____/____/____							
Lote: _____ Fecha Vencimiento: _____	____/____/____							
	____/____/____							
	____/____/____							
	____/____/____							
	____/____/____							
	____/____/____							
	____/____/____							
	____/____/____							
Lote: _____ Fecha Vencimiento: _____	____/____/____							
	____/____/____							
	____/____/____							
	____/____/____							
	____/____/____							
	____/____/____							
	____/____/____							
	____/____/____							

Legenda:

Loc: Reacción Local, Grado 1 (>5cm); Grado 2 (<5cm)

Sict: Reacción Sistémica, Grado (0, I, II, III, IV)