

MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI FARMACI A PAZIENTI DIMESSI DAGLI OSPEDALI DELLA ASL RM 5
 (ALLEGATO ALLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA)

Ai sensi della DGR. 34 DEL 15-01-2002 si prescrive al/alla Sig/ra:

Cognome _____ Nome _____ CARTELLA CLINICA n° _____

Nato/a a _____ Provincia (___) il ___/___/___ Regione _____

Indirizzo _____ Comune _____

Codice Fiscale _____ Sesso M F

Nazionalità Italiana Altra nazionalità _____ Codice STP/TEAM: _____

Struttura Prescrittrice _____ Medico Prescrittore (ASLRM5) _____

Dimesso/a in data.....

La seguente terapia farmacologia è sufficiente per il primo ciclo terapeutico di 7 giorni. Tale terapia deve essere conforme alle modalità indicate nel PTOA. La prescrizione a carico del SSN deve essere effettuata nel rispetto delle note AIFA.

FARMACO RICHiesto	NOTA AIFA	POSOLOGIA	SPECIALITA' CONSEGNA TA	QUANTITA' CONSEGNA TA

Firma del paziente..... Firma di chi ritira i farmaci.....

Data di consegna.....

IL DIRIGENTE MEDICO
 timbro e firma

IL DIRIGENTE FARMACISTA
 timbro e firma