Allegato B al Decreto n. 017 del 27 FEB. 2023

SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE A DOMICILIO DI FARMACI AD USO OSPEDALIERO (H)

Unità Operativa_____

Il sottoscritto Prof./Dott. _____

in servizio presso questa Unità Operativa prescrive:

per il Sig._____ nato/a il _____

a _____ Prov. _____ Codice Fiscale_____

residente a _____ Regione _____

ASL di residenza _____ Prov. _____

Medico di Medicina Generale_____

Diagnosi _____

_____

_____

Documentazione microbiologica (da allegare) _____

Data di avvio della terapia in ospedale _____

Dosi già somministrate _____

Farmaco (principio attivo)_____

Dosaggio_____

Forma farmaceutica_____

Durata prevista del trattamento _____

e dichiara che:

- il paziente necessita di continuare a domicilio l'assunzione del farmaco;
- le prime dosi del farmaco sono già state somministrate in ambiente ospedaliero escludendo il rischio di reazioni di ipersensibilità;
- il farmaco non è sostituibile da altri farmaci non classificati in H;
- è stato ottenuto il consenso informato del paziente o del legale rappresentante;
- il medico di medicina generale del paziente è stato contattato, condivide le indicazioni al trattamento ed è disponibile a monitorare il percorso terapeutico;
- ad ogni variazione di terapia che preveda l'utilizzo di farmaci in fascia H verrà compilata una nuova scheda e sarà ottenuto un nuovo consenso informato.

Timbro e firma del Medico Ospedaliero

Data _____ _____