REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

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

SCHEDA DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
IN CASO DI SOMMINISTRAZIONE A DOMICILIO DI FARMACI AD USO OSPEDALIERO

Il sottoscritto Dott. _____

relativamente alla somministrazione a domicilio di farmaci ad uso ospedaliero
al Sig._____ nato/a il _____
a _____ Prov. _____ Codice Fiscale _____
residente a _____ Regione _____
ASL di residenza_____ Prov. _____

dichiara:

- ☐ di essere stato informato dal collega Ospedaliero dr._____ della necessità di proseguire a domicilio la somministrazione del farmaco _____;
- ☐ di aver preso atto che è stato ottenuto il consenso informato del paziente o del legale rappresentante;
- ☐ di aver preso atto che la terapia è gestibile dall'infermiere anche in assenza del medico;
- ☐ di essere disponibile a monitorare il percorso terapeutico in collaborazione con il medico ospedaliero;
- ☐ che in caso di necessità è disponibile presso i seguenti recapiti telefonici:

  _____

  _____

Data _____

Timbro e firma del MMG

_____