



Allegato B al Decreto n. 175 del 20 DIC. 2022 pag. 1/2

**SCHEMA PER LA PRESCRIZIONE DI FARMACI ANTIBIOTICI AD USO OSPEDALIERO (H)
DA SOMMINISTRARE PRESSO I CENTRI DI SERVIZIO**

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) _____

Agente eziologico _____

Data di avvio della terapia in ospedale _____

Dosi già somministrate in ospedale _____

Farmaco (principio attivo) _____

Dosaggio _____

Forma farmaceutica _____

Durata prevista del trattamento _____

e dichiara che:

- il paziente necessita di continuare l'assunzione del farmaco presso il Centro di Servizi;
- 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 curante 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 _____
