



**Allegato C al Decreto n. 175 del 20 DIC. 2022** pag. 1/1

**SCHEDA DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE  
IN CASO DI SOMMINISTRAZIONE PRESSO IL CENTRO DI SERVIZIO DI FARMACI  
ANTIBIOTICI AD USO OSPEDALIERO**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

relativamente alla somministrazione presso il Centro di Servizio di farmaci antibiotici 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 la somministrazione del farmaco presso il CS \_\_\_\_\_;
- 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

\_\_\_\_\_