



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

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

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 aver contattato e condiviso con il collega ospedaliero dr. \_\_\_\_\_ della UO di \_\_\_\_\_ la necessità di somministrazione a domicilio di:
  - Farmaco \_\_\_\_\_
  - Posologia \_\_\_\_\_
  - Durata prevista del trattamento \_\_\_\_\_
- di avere fatto accurata anamnesi ed essere presente alla prima somministrazione del farmaco per escludere il rischio di reazioni di ipersensibilità;
- di aver ottenuto il consenso informato del paziente o del legale rappresentante;
- che la terapia è gestibile dall'infermiere anche in assenza del medico;
- che il percorso terapeutico verrà monitorato in collaborazione con il medico ospedaliero;
- che in caso di necessità è disponibile presso i seguenti recapiti telefonici:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Timbro e firma del MMG

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico Ospedaliero

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_