



Allegato A4

**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  
(ALLEGATO A4 al Decreto N. 84 del 8 aprile 2015)**

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 aver contattato e condiviso con il collega ospedaliero  
dr \_\_\_\_\_  
della U.O. di \_\_\_\_\_ la necessità di somministrare 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 avere 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:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ timbro e firma del MMG \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ timbro e firma del Medico Ospedaliero/Medico di  
Distretto \_\_\_\_\_

Modulo collegato a A\_F-pr15\_gestione-farmaci