

ALLEGATO B (Decreto Regionale n.141 del 30.09.2009)

## RICHIESTA FARMACI PER ASSISTENZA DOMICILIARE

### Paziente:

Cognome	Nome	
Codice Fiscale	Comune	Prov

**Terapia consigliata a domicilio** (da circolare Reg. Veneto applicativo prot. 650812 del 20.11.2009)

Si consiglia di indicare il gruppo terapeutico (categoria terapeutica omogenea) per le terapie croniche, la cui prescrizione deve essere garantita dal MMG, e di favorire la prescrizione dei principi attivi a brevetto scaduto. Qualora si individuino specificamente il principio attivo/specialità deve essere data preferenza a quelli a brevetto scaduto e comunque la scelta deve essere motivata.

### Prescrizione farmaci:

1. Gruppo Terapeutico (es. statine, inibitori di pompa):		
Principio Attivo/Specialità:		
Dosaggio/Posologia	Giorni di trattamento	
Motivazione per la mancata indicazione del gruppo terapeutico:		

2. Gruppo Terapeutico (es. statine, inibitori di pompa):		
Principio Attivo/Specialità:		
Dosaggio/Posologia	Giorni di trattamento	
Motivazione per la mancata indicazione del gruppo terapeutico:		

3. Gruppo Terapeutico (es. statine, inibitori di pompa):		
Principio Attivo/Specialità:		
Dosaggio/Posologia	Giorni di trattamento	
Motivazione per la mancata indicazione del gruppo terapeutico:		

4. Gruppo Terapeutico (es. statine, inibitori di pompa):		
Principio Attivo/Specialità:		
Dosaggio/Posologia	Giorni di trattamento	
Motivazione per la mancata indicazione del gruppo terapeutico:		

5. Gruppo Terapeutico (es. statine, inibitori di pompa):		
Principio Attivo/Specialità:		
Dosaggio/Posologia	Giorni di trattamento	
Motivazione per la mancata indicazione del gruppo terapeutico:		

<b>Data</b>	<b>Medico Prescrittore</b> (timbro e firma)
Data di consegna:	Firma del Farmacista

Mail: [farmacia.villafranca@aulss9.veneto.it](mailto:farmacia.villafranca@aulss9.veneto.it)