

Allegato A1

SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE A DOMICILIO DI FARMACI AD USO OSPEDALIERO (H)

(ALLEGATO A1 al Decreto N. 84 del 8 aprile 2015)

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) _____

Farmaco _____

Posologia _____

Durata prevista del trattamento _____

E dichiara che:

- il paziente necessita di continuare a domicilio l'assunzione del farmaco;
- 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 di medicina generale del paziente è stato contattato, condivide le indicazioni al trattamento ed è disponibile a monitorare il percorso terapeutico;
- ad ogni variazione di terapia che prevede l'utilizzo di farmaci in fascia H verrà compilata una nuova scheda e sarà ottenuto un nuovo consenso informato.

Data _____ timbro e firma del Medico Ospedaliero _____