



**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 A3 al Decreto N. 84 del 8 aprile 2015)**

Allegato A3

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 essere stato informato dal collega Ospedaliero
dr _____
della necessità di proseguire a domicilio la somministrazione del farmaco

- 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 _____