



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