



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

MODULO PER LA RICHIESTA MOTIVATA E PERSONALIZZATA DI

**DINOPROSTONE A RILASCIO CONTROLLATO (PROPESS®)**

Dati del Reparto:	Dati del paziente
Reparto richiedente: <b>Ostetricia e Ginecologia</b>	Cognome:
Codice C.d.C.:	Nome:
Data richiesta:        /        /	Età:
<b>SI RICHIEDE LA DISPENSAZIONE DI DINOPROSTONE A RILASCIO MODIFICATO PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI:</b>	
<input type="checkbox"/> Paziente nullipara con score di Bishop < 4	
<input type="checkbox"/> Paziente gravida a termine della 38° settimana in cui si rende necessario indurre la maturazione della cervice uterina, per cause materne o fetali	
Diagnosi: _____	
_____	
_____	
<b>Esito del parto (da comunicare successivamente)</b>	
<input type="checkbox"/> cesareo <input type="checkbox"/> via vaginale <input type="checkbox"/> strumentale	
Il medico richiedente: (firma e timbro)	
Dose die: 1 device _____	
<b>Parte riservata al Servizio di Farmacia</b>	
Consegnati n° _____ PROPESS®	Data della consegna: _____ /   /   /
Firma del farmacista: _____	

- PRESIDIO OSPEDALIERO \_\_\_\_\_ DELLA ASL DI \_\_\_\_\_
- AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI \_\_\_\_\_
- AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU