AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI SASSARI

Modello prescrittivo per erogazione di farmaci in dimissione da degenza ordinaria/DH

(Legge n. 405 del 16/11/01)

C D C .....

Assistito ..... Data di nascita ……...
(cognome e nome)

Comune di Residenza..... N.Telefono.....

Codice Fiscale .....

Codice Nosologico
_____

☐ Dimissione ordinaria ☐ Dimissione protetta

TERAPIA PRESCRITTA ALLA DIMISSIONE				PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA
FARMACO (forma farmaceutica e dosaggio)	**NOTA AIFA** (se prevista)	**POSOLOGIA** (die)	**DURATA** (in giorni)	Unità posologiche consegnate

Da ritirarsi unicamente presso i punti di erogazione diretta della Farmacia Interna Ospedaliera, sita in via Monte Grappa, entro 5 gg dalla dimissione, dal lunedì al sabato h8.00-14.00
Contatti: farmacia.ospedaliera.ssa@aousassari.it 079/2061330 - 2061778

Data ..... Timbro e firma del Medico .....

NOTA BENE:

1. **Il paziente dovrà contattare al più presto il Medico Curante per informarlo della presente prescrizione e per eventuali altre terapie concomitanti.**
2. **In caso di sospetta reazione avversa ad uno dei farmaci in uso contattare il medico prescrittore o il farmacista**

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA

Data e timbro _____ Il Farmacista _____ Il paziente o altra persona delegata _____