

Modello prescrittivo per erogazione di farmaci in continuità assistenziale (Legge n. 405 del 16/11/01)

CDC Assistito.....
 (cognome e nome)
 Data di nascita Comune di Residenza.....
 N. Telefono..... CF..... ASL di appartenenza.....

DIAGNOSI _____

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

Validità prescrizione (mesi)
Data prescrizione
Timbro e firma del Medico

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA

1°	2°	3°
4°	5°	6°

NOTA BENE: In caso di sospetta reazione avversa ad uno dei farmaci in uso contattare il medico prescrittore o il farmacista

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

Il Farmacista

Il paziente o altra persona delegata
