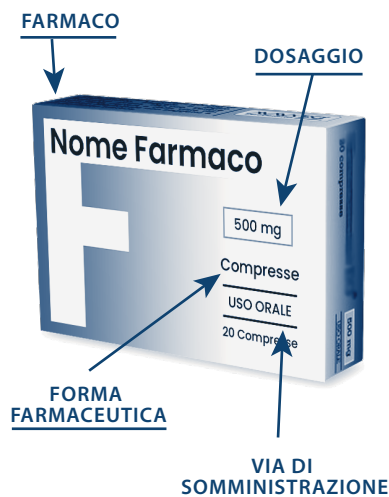


Di seguito alcune indicazioni per una corretta compilazione:

- SCRIVA IN STAMPATELLO
- IN CASO DI DIFFICOLTÀ NELLA COMPILAZIONE PUO' RIVOLGERSI AD UNA PERSONA DI FIDUCIA/MEDICO CURANTE/FARMACISTA
- VERIFICHI LA CORRETTEZZA CON IL SUO MEDICO CURANTE
- TIRI UNA RIGA SOPRA IL FARMACO CHE NON ASSUME PIU'

LEGENDA

Forma farmaceutica	Via di somministrazione
• compresse, capsule • fiale • soluzione per uso orale (gocce, sciroppo, ...) • cerotti • supposte • colliri, pomate oftalmiche • soluzioni per via inalatoria	• orale • cutanea/topica • inalatoria • sottocutanea • intramuscolare • endovenosa • rettale



Terapie non convenzionali (fitoterapici, omeopatici, integratori.....):

- ☐ **NO**
- ☐ **SI** specificare nome e quantità: _____
- _____
- _____
- _____

LA SANITA' E IL CITTADINO: INSIEME PER MIGLIORARE LA CONSAPEVOLEZZA
E LA SICUREZZA DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

AIUTACI A CURARTI

PROGETTO PER
LA SICUREZZA DELLA TERAPIA



INFORMAZIONI PER LE PERSONE ASSISTITE ED I LORO FAMILIARI

A garanzia della sicurezza delle cure è molto importante conoscere con esattezza tipo e quantità di farmaci che sta assumendo.



compili lo schema riportato nella parte interna
con l'**elenco aggiornato dei farmaci** che sta
assumendo e lo porti sempre con lei



scansiona il QR code
e scarica il modulo

• COGNOME		• NOME		Allergie /effetti indesiderati /reazioni avverse da terapie farmacologiche precedenti/ trasfusioni di emocomponenti	☐ NON NOTE
					☐ SI, SPECIFICARE:
• DATA DI NASCITA		• MEDICO CURANTE			
PERSONA E/O FAMILIARE DA CONTATTARE IN CASO DI NECESSITA'					
• COGNOME E NOME		• NUMERO DI TELEFONO			☐ SI, SPECIFICARE:
• DATA COMPILAZIONE		• COMPILATO DA			☐ NON NOTE
		☐ me ☐ familiare ☐ medico curante			☐ SI, SPECIFICARE:
		☐ _____			

[illegible]