Di seguito alcune indicazioni per una corretta compilazione:

- SCRIVA IN STAMPATELLO
- IN CASO DI DIFFICOLTA' 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 Via di farmaceutica somministrazione orale • compresse, capsule fiale • cutanea/topica inalatoria soluzione per uso orale sottocutanea (gocce, sciroppo, ...) intramuscolare cerotti endovenosa supposte rettale • colliri, pomate oftalmiche soluzioni



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



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 pagina interna con l'elenco aggiornato dei farmaci che sta assumendo e lo porti sempre con lei

per via inalatoria

OGNOME NOME DATA DI NASCITA MEDICO CURANTE PERSONA E/O FAMILIARE DA CONTATTARE IN CASO DI NECESSITA' COGNOME E NOME NUMERO DI TELEFONO DATA COMPILAZIONE Gompilato DA me familiare medico curante		Allergie /effetti indesiderati /reazioni avverse da terapie farmacologiche precedenti/ trasfusioni di emocomponenti Intolleranze/ allergie a alimenti o altro	□ NON NOTE □ SI, SPECIFICARE: □ NON NOTE □ SI, SPECIFICARE:		
ORARIO FARMACO E DOSAGGIO	FORMA FARMACEUTICA	QUANTITA' VIA E ASSUNTA	DI SOMMINISTRAZIONE	DA QUANTO TEMPO	PER QUANTO TEMPO