

Allegato 2 SCHEDA PRESCRIZIONE ALTRI FARMACI

Il/La sottoscritto/a dr/ssa _____ dichiara che
 il/la sig.re/ra _____ nato/a il _____
 residente in via _____ Comune _____
 Telefono _____

PRESCRIZIONE TERAPEUTICA			
Farmaco (principio attivo) - dosaggio	posologia	Via di somm.ne	
		<input type="checkbox"/> ID	<input type="checkbox"/> SC
		<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> EV
		<input type="checkbox"/> ID	<input type="checkbox"/> SC
		<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> EV
		<input type="checkbox"/> ID	<input type="checkbox"/> SC
		<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> EV
Patologia per la quale è richiesta la terapia			

data _____ Firma e timbro del Medico curante _____

Informativa
Il/La sottoscritto/a dr/dr.ssa _____ dichiara di aver informato l'assistito, in relazione al medicinale prescritto da somministrarsi per via endovenosa - sul rischio di ipersensibilità e - sui sintomi correlati.

Firma paziente _____

data _____ Firma e timbro del Medico _____