

Compilazione a cura del

Medico Curante/ MMG/ PLS dr./ dr.ssa.....

Dati del paziente

Cognome Nome D. N. / /

A cura del MMG/PLS		A cura del Medico ospedaliero	
TERAPIA ASSUNTA A DOMICILIO		Continua ⇒	Sospeso #
Farmaco (forma farmaceutica-dose-via di somministrazione)	Indicazioni (orari e posologia)		
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
(Segnalare anche eventuale tabagismo, uso di alcool o altre sostanze, pregresse reazioni avverse a farmaci, uso di integratori/omeopatici)			
.....			
.....			
Data...../...../.....		Data...../...../.....	
Firma del Medico Curante (MMG/PLS)		Firma del Medico Ospedaliero	
.....		per presa visione.....	