

SCHEDA PER LA RICOGNIZIONE/RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA

ASSL.....	Presidio.....	Stabilimento Ospedaliero.....	Unità Operativa.....
Cognome e Nome del paziente.....		Data di nascita /...../.....	Peso: Kg..... Altezza.....

Provenienza del paziente: <input type="checkbox"/> Abitazione <input type="checkbox"/> Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Altra UO <input type="checkbox"/> Altro Ospedale		
Il paziente presenta allergie, intolleranze, G6PDH-carenza, precedenti reazioni avverse da farmaci. <input type="checkbox"/> Sì, specificare quali _____ <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non Noto</div>		
Allergie intolleranze a componenti alimentari presenti come eccipienti nei farmaci (es. lattosio..) <input type="checkbox"/> Sì, specificare quali _____ <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non Noto</div>		
Assunzione in dosi elevate di alimenti che potrebbero interferire con la terapia (pompelmo, caffè, tè, frutta, verdura, alimentazione artificiale) <input type="checkbox"/> Sì, specificare quali _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non Noto		
Consumo di alcool <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Assunzione di sostanze stupefacenti <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Abitudine al fumo <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Farmaci senza prescrizione medica <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Farmaci off-label o sperimentali <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Farmaci da banco <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Prodotti omeopatici, fitoterapici e integratori e ogni altro prodotto della medicina non convenzionale <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Dispositivi medici medicati <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Anticoagulanti/antiaggreganti	Immunosoppressori	A lento rilascio
Antidiabetici	Antiepilettici	Ossigenoterapia
Fonte delle informazioni: <input type="checkbox"/> Intervista al paziente <input type="checkbox"/> Intervista al familiare/caregiver <input type="checkbox"/> Documentazione sanitaria <input type="checkbox"/> Elenco dei farmaci assunti a domicilio <input type="checkbox"/> Confezione dei farmaci		
Data/...../.....		Firma dell'Infermiere.....

SCHEDA PER LA RICOGNIZIONE/RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA

RICOGNIZIONE <i>Farmaci che il paziente sta assumendo</i>					RICONCILIAZIONE <i>Conferma della terapia, sospensione, modifica della dose e/o della via di somministrazione</i>		
Farmaco (nome commerciale e/o principio attivo), forma farmaceutica, dosaggio	Via di somministrazione	Posologia e orario somministrazione	Data inizio terapia	Data e ora ultima assunzione	Conferma	Sospende	Modifica

NB: dopo aver correttamente effettuato la fase di ricognizione/riconciliazione la terapia deve essere riportata nella Scheda Unica di Terapia (STU)

Data...../...../.....

Timbro e firma del Medico.....