



**ATSSardegna**  
Azienda Tutela Salute

SC Qualità, Appropriatelyzza, Clinical  
Governance e Risk Management

## Modulo dispensazione diretta dei farmaci alla dimissione

ALL-2\_PGS-3\_ST000401

Edizione 13.02.2020  
Rev. 0 13.02.2020  
Pag. 1

ASSL..... Presidio.....  
Stabilimento Ospedaliero..... Unità Operativa.....  
Medico prescrittore ..... Tel ..... e-mail .....

Cognome e Nome del paziente.....  
Codice Fiscale..... Data di nascita ...../...../.....  
Indirizzo..... Residente a ..... Prov. ....  
Regione ..... ASSL di residenza ..... Recapito telefonico.....  
Medico di Medicina Generale .....

| Farmaco prescritto alla<br>dimissione<br>(Indicare nome, forma<br>farmaceutica e dosaggio) | Posologia<br>giornaliera | Modalità di<br>assunzione | Durata della<br>terapia | NOTA AIFA<br>se prevista | Piano Terapeutico<br>se previsto<br>(da allegare) |
|--|--------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|---|
|  |                          |                           |                         |                          |   |
|  |                          |                           |                         |                          |   |
|  |                          |                           |                         |                          |   |
|  |                          |                           |                         |                          |   |
|  |                          |                           |                         |                          |   |
|  |                          |                           |                         |                          |   |
|  |                          |                           |                         |                          |   |

**NB:** le prescrizioni sono a carico del SSN se effettuate nel rispetto delle indicazioni previste dalla scheda tecnica del farmaco e delle limitazioni delle Note AIFA e del PHT.

Data ...../...../..... Firma e Timbro del Medico prescrittore .....

Da ritirarsi presso la Farmacia.....Via..... Città.....

Tel/Fax..... Orari:.....

**NB:** il paziente dovrà contattare al più presto il medico curante per informarlo della presente prescrizione, per la prosecuzione o per eventuali altre terapie concomitanti. Il presente modulo viene consegnato con la lettera di dimissione alla quale si rimanda per ogni ulteriore informazione.

### **Parte riservata alla Farmacia Ospedaliera**

Unità posologiche consegnate.....

Si conferma la consegna in data ...../...../..... dei farmaci prescritti, nella quantità sopra indicata.

Note del Farmacista.....

All'attenzione del Medico curante: la seguente terapia copre il ciclo di giorni.....

Il Farmacista

Data

Il Paziente o suo delegato - Firma per ricevuta

...../...../.....