

Allegato a.4

MODULO – DISTRIBUZIONE FARMACI

Cognome e nome del Mediatore/Medico/Psicologo/Odontoiatra/Altro operatore che acquisisce l'autodichiarazione:

(Luogo, data)

(Firma dell'operatoreche acquisisce l'autodichiarazione)

UTENTE

IL /LA SOTTOSCRITTO/A

(COGNOME)

(NOME)

☐ M ☐ F

(NATO/A IL)

(STATO)

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

Fotocopia di Carta d'Identità; Passaporto; Permesso di soggiorno. In caso di mancanza di documento, l'operatore deve riportare in questo spazio il codice STP/ENI e una dichiarazione dell'interessato circa la mancanza del documento d'identità

☐ in qualità di diretto interessato;

☐ in qualità di¹

☐ familiare _____
(indicare grado di parentela)

☐ accompagnatore/responsabile struttura _____
(indicare per esteso il nome del Centro/Struttura/altro)

☐ rappresentante legale _____
(indicare il provvedimento dell'Autorità competente)

del paziente

(COGNOME)

(NOME)

☐ M ☐ F

(NATO/A IL)

(STATO)

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

(Codice Sanitario STP/ENI/CF; Carta d'Identità; Passaporto; Permesso di soggiorno)

¹ Per minori. Per adulti, solo in casi speciali e documentati. Ai sensi del D.P.R. n. 445 28.12.2000 art. 35, si prende nota del documento dell'accompagnatore in ragione della dichiarazione rilasciata.

Viene preso in carico presso il Presidio/Ambulatorio /Motorhome (codice)

(Indirizzo completo sede) _____

Data _____

A cura del personale sanitario responsabile dell'erogazione della prestazione

Descrizione farmaco consegnato

indicare il tipo di Farmaco: (descrizione e codice Aic)

(Cognome, Nome del Medico)

(Luogo, data)

(FIRMA DEL MEDICO)

Modello per la Farmacia, da utilizzare per la prescrizione dei soli farmaci da ritirare in farmacie aderenti al PNES con accordi con l'Azienda

PRESCRIZIONE FARMACOLOGICA (valida fino a tre giorni dalla data della prescrizione)

Allegata a:

☐ RICETTA S.S.R.

☐ PRESCRIZIONE IN CARTA INTESATA

descrizione per esteso della prescrizione:

rilasciata da: _____ telefono del medico (ad uso della Farmacia):
(Cognome, Nome del medico)

in favore del paziente: _____
(Cognome, Nome)

nato a , _____, il _____
(Luogo, data)

(TIMBRO e FIRMA DEL MEDICO)

A cura della Farmacia

I FARMACI PRESCRITTI SONO STATI CONSEGNATI IN DATA _____/_____/_____

DALLA FARMACIA

IL FARMACISTA

(Cognome, Nome del farmacista)

NOTE EVENTUALI DEL FARMACISTA

(Luogo, data)

(TIMBRO e FIRMA DEL FARMACISTA)