ASLCagliari

Direzione Sociosanitaria
Unità Operativa Cure Domiciliari

Al Responsabile Servizio Farmaceutico
SEDE

Si comunica che il paziente _____

C.F._____ data di nascita_____ Residente a_____

via _____ n°_____Tel._____ inserito in A.D. I.

dal _____al_____deve seguire il seguente programma terapeutico perché affetto da:_____

_____

_____

per cui necessita dei farmaci e degli ausili indicati in tabella:

Farmaci fascia"A "- fascia "H" e Fascia "C" (escluso OTC)	Posologia Pro - dose	Posologia Pro – die	Durata della terapia

AUSILI	Fabbis.Mensile	Durata della Terapia	CONSEGNE	

PAZIENTE PORTATORE DI INVALIDITA' PERMANENTE : SI 0 NO 0

Data_____

IL MEDICO M. G.
(timbro , firma e codice regionale)

_____

ASL 8 Cagliari
Sede legale: Via Logudoro 17 - 09126 Cagliari
Sede Amm.va: Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
C.f.e p. Iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

Direzione Sociosanitaria
Cure Domiciliari Integrate
Via Romagna, 16
c/o "Cittadella della salute"- Cagliari
tel.07047443675/76-fax-07047443660