

## Allegato 1 e 2

### SCHEDA PRESCRIZIONE ALTRI FARMACI

Il/La sottoscritto/a dr/ssa \_\_\_\_\_ dichiara che  
 il/la sig.re/ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
 residente in via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_

PRESCRIZIONE TERAPEUTICA			
Farmaco (principio attivo) - dosaggio	posologia	Via di somm.ne	
		<input type="checkbox"/> ID	<input type="checkbox"/> SC
		<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> EV
		<input type="checkbox"/> ID	<input type="checkbox"/> SC
		<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> EV
		<input type="checkbox"/> ID	<input type="checkbox"/> SC
		<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> EV

**Patologia per la quale è richiesta la terapia**

data \_\_\_\_\_ Firma e timbro del Medico curante \_\_\_\_\_

Informativa
Il/La sottoscritto/a dr/dr.ssa _____ dichiara di aver informato l'assistito, in relazione al medicinale prescritto da somministrarsi per via endovenosa - sul rischio di ipersensibilità e - sui sintomi correlati.

Firma paziente \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ Firma e timbro del Medico \_\_\_\_\_