



Zona Distretto
Pomezia di Lecce
Ufficio Provinciale
Incaricato e
Responsabile

**Prescrizione e posologia della terapia
endovenosa a domicilio**

TASK L 26
Rev. 0
Pag. 1 di 1

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE.....

Nato il

INDIRIZZO: via.....

Località..... Telefono

IO SOTTOSCRIBUTO MEDICO DI MEDICINA GENERALE D.S.

Dichiaro che il paziente è affetto da.....

necessità della seguente terapia endovenosa domiciliare:

nome del farmaco e/o della soluzione da somministrare.....

.....

Posologia.....

La terapia d'infusione dovrà essere di nr. gocce al minuto

il ciclo ha durata di giorni

Frequenza delle infusioni(giornalieri/ a giorni alterni etc.)

Allergie.....

Altri.....

Il sottoscritto Dr. si impegna ad eseguire il controllo clinico

e gli lasciare le annotazioni sul diario assistenziale domiciliare.

Si rende disponibile per eventuali necessità al numero telefono:

Firma e timbro del MMG