

TERAPIA FARMACOLOGICA

Unità Operativa di

Assistito Sig./ra..... data di nascita

Indirizzo Distretto Sanitario di residenza.....

Trattamento farmacologico da effettuare presso la RSA per n° giorni di ricovero.

| | Specialità medicinale | Principio attivo | Posologia | N° conf./mese |
|----|-----------------------|------------------|-----------|---------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

Data

Medico dell'Unità Operativa
(Timbro e firma)

Data

UVM Distrettuale
(Timbro e firma per presa visione e convalida)

