

SCHEDA CONSEGNA DISPOSITIVO TERAPIA OPAT ALL'U.O.C. MALATTIE INFETTIVE

Dati identificativi del paziente

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita _____ / _____ / _____ Codice Fiscale _____

Informazioni farmaco e dispositivo

Farmaco: _____ dosaggio: _____

Lotto e scadenza farmaco: _____ Lotto e scadenza dispositivo: _____

Tipologia di dispositivo: _____

Indicazioni per il trasporto e la conservazione: _____

Consegna all'incaricato del trasporto

Data consegna: _____ Ora consegna: _____ Temperatura alla consegna: _____ °C.

Nominativo operatore farmacia che consegna: _____

Nominativo incaricato del trasporto: _____

Firma operatore farmacia

Firma incaricato del trasporto

Consegna all'U.O.C. di Malattie Infettive

Ora consegna: _____ Nominativo sanitario che riceve il farmaco _____

Firma incaricato del trasporto

Firma sanitario U.O.C. malattie infettive

N.B.: Allegare la prescrizione (M_PGS-41_1) e copia del modulo di verifica da parte della farmacia (M_PGS-41_2)

