

## 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)

