

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</p> <p>Logo Azienda</p>	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

ALLERGIE/EFFETTI INDESIDERATI

(SIGNIFICATIVE AI FINI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA)

Allergie/effetti indesiderati/reazioni avverse da terapie farmacologiche precedenti	<input type="checkbox"/> Sì, specificare quali: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO
Intolleranze/allergie a componenti alimentari che possono essere presenti nei farmaci come eccipienti (es. lattosio..)	<input type="checkbox"/> Sì, se si specificare quali: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO
Altre allergie (es. lattice..)	<input type="checkbox"/> Sì, se si specificare quali: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO

INFORMAZIONI DI RILIEVO SU TERAPIE IN ATTO

Terapia anticolagulante <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO Terapia insulinica <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO Terapia ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO Terapia oppioidi <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	Terapia antiepilettica <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO Terapia immunosoppressiva <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO Terapia O ₂ <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO Terapia sperimentali <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO
---	---

Difficoltà nell'assunzione della terapia (es. problemi di deglutizione persistente o saltuaria...)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì, specificare quali: _____
---	---

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</p> <p>Logo Azienda</p>	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

FARMACO nome commerciale e/o denominazione del principio attivo	FORMA FARMACEU- TICA E DOSAGGIO	VIA DI SOMM. NE	POSOLOGIA Dose e frequenza di assunzione <i>(se significativo specificare: frequenza diversa da quella giornaliera; data di inizio della terapia)</i>	ULTIMA DOSE ASSUNTA data/ora	NOTE (es. terapia al bisogno, tratta- mento speri- mentale)
Terapie non convenzionali (fitoterapici, omeopatici, integratori)			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si (specificare _____)		
Dispositivi medici che rilasciano farmaci			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si (specificare _____)		

FONTE DELLE INFORMAZIONI	
<input type="checkbox"/> Verbale paziente	<input type="checkbox"/> Verbale familiare – caregiver
<input type="checkbox"/> Lista personale dei farmaci assunti al domicilio	
<input type="checkbox"/> Documentazione sanitaria	<input type="checkbox"/> Confezioni di farmaci
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	

Data di compilazione scheda Nome/cognome e Firma dell'operatore

Data aggiornamento scheda fonte Nome/cognome e Firma dell'operatore

Data aggiornamento scheda fonte Nome/cognome e Firma dell'operatore