

Documento PTR n. 16 relativo a:

**PIANO TERAPEUTICO
PER LA PRESCRIZIONE DI
ADRENALINA AUTOINIETTABILE
A PAZIENTI A RISCHIO ACCERTATO
DI SHOCK ANAFILATTICO**

Aggiornamento Marzo 2021

Piano terapeutico per la prescrizione di adrenalina autoiniettabile a pazienti a rischio accertato di shock anafilattico

Unità Operativa del medico prescrittore _____

Nome e Cognome del medico prescrittore _____ Tel. _____

Paziente (nome e cognome) _____ Età _____

Sesso M F Codice Fiscale _____

Indirizzo _____ Tel. _____

AUSL di residenza _____ Medico curante _____

Si certifica che l'assistito di cui sopra presenta un rischio accertato di shock anafilattico da:

 alimenti farmaci veleno di imenotteri inalanti altro (specificare) _____

sulla base dei seguenti dati anamnestici: _____

Farmaco prescritto: adrenalina autoiniettabile monodose

 autoiniettore 150 mcg 1 iniettore 2 iniettori autoiniettore 300 mcg 1 iniettore 2 iniettori autoiniettore 500 mcg 1 iniettore 2 iniettori

*Si autorizza l'erogazione del medicinale a base di adrenalina autoiniettabile monodose presente nel
Prontuario Terapeutico Aziendale*

Validità (massimo due anni) fino al ____/____/____ (formato gg/mm/aaaa)

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore