ASP TRAPANI
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana

VIA MAZZINI, 1 – 91100 TRAPANI
TEL.(0923) 805111 - FAX (0923) 873745
Codice Fiscale – P. IVA 02363280815

Scheda di primo ciclo di terapia

P.O. _____ U.O. _____

Ricovero ordinario ☐ Day Hospital ☐ Ambulatorio ☐ Day Service ☐

Cartella Clinica/SDO _____

Dati Assistito Codice Fiscale _____ ASP_____
Cognome _____ Nome _____ Data di Nascita_____
Sesso: M F
Residente in _____ Via_____ ____Prov_____
Domiciliato in _____ Via_____Prov_____

Diagnosi _____

PRESCRIZIONE (riservata al Medico)

Principio attivo	Forma farmaceutica e dosaggio	Posologia	Durata	Nota AIFA/PT	Concedibile a carico del SSN (SI /NO)
In caso di 1° prescrizione di farmaco biologico a maggior costo di terapia indicare la motivazione ai sensi della del DA 540/14					
Motivazione:					

Codice di Esenzione (barrare se non esente) _____

Timbro e firma del Medico richiedente ***Data Prescrizione***

EROGAZIONE (riservata al Farmacista)

Specialità consegnata_____ **Quantità_____**			
Specialità consegnata_____ **Quantità_____**			
Specialità consegnata_____ **Quantità_____**			
Specialità consegnata_____ **Quantità_____**			

Timbro e firma del Farmacista Ospedaliero/Territoriale ***Data***

- ***Delle tre copie della presente scheda, completa dei dati relativi alla spedizione:***
- **una deve essere consegnata al paziente, per il Medico di Medicina Generale ai fini della continuità terapeutica e della riconciliazione farmacologica, al fine di evitare sovrapposizioni di prescrizioni;**
- **un'altra deve essere inviata all'UO di provenienza dal paziente affinchè venga archiviata in cartella clinica;**
- **la terza copia rimane alla Farmacia Ospedaliera**