

Prescrizione per il trattamento a domicilio di pazienti Covid-19 positivi

(Il presente modulo prescrittivo è inviato alla Farmacia ospedaliera dell'Azienda ULSS di riferimento del paziente al seguente indirizzo mail/fax.: _____)

Paziente: _____ Tel. _____

Data di nascita: _____ C.F. _____

Indirizzo _____ n. _____ Comune _____

Prov. _____

Medico di medicina Generale _____ Tel. _____

USCA di riferimento _____ Distretto _____

Medico prescrittore _____

Prescrizione

La prescrizione è effettuata secondo i criteri previsti nell'Allegato al "Protocollo terapeutico infezioni da SARS-Cov-2 della Regione Veneto. Versione vigente"

Idrossiclorochina (Posologia: 1° giorno di terapia: 400 mg 2 volte al giorno; dal 2° in poi: 200 mg per 2 volte al giorno)

Durata trattamento: _____ **n. compresse totale:** _____

Clorochina (Posologia: 250 mg per 2 volte al giorno)

Durata trattamento: _____ **n. compresse totale:** _____

Se applicabile, il Medico prescrittore dott. _____ dichiara di aver:

concordato la prescrizione con lo Specialista Infettivologo o Pneumologo :

dott. _____ UO/Ospedale _____

Data ____/____/____

Timbro e firma del Medico prescrittore

Riservato alla Farmacia

Si consegna a _____ il farmaco _____ n. compresse totale: _____

Data ____/____/____

Il Farmacista

Firma per ricevuta _____