

## GIORNATA NAZIONALE PER LA SICUREZZA DELLE CURE E DELLA PERSONA ASSISTITA

Farmacia \_\_\_\_\_ Cod. \_\_\_\_\_

Data somministrazione questionario \_\_\_\_\_

Dati paziente: Sesso  M  F Età \_\_\_\_\_

Questionario dedicato al paziente	SI	NO
1. Sa a cosa servono i farmaci che deve assumere?		
2. È stato informato sui rischi e sui possibili effetti indesiderati legati all'assunzione dei farmaci?		
3. Sa come conservare questi farmaci?		
4. È stato informato sul modo, tempo e dose di assunzione dei farmaci?		
5. È a conoscenza di quali cibi, bevande, integratori, prodotti omeopatici possono interagire con questi farmaci?		
6. Sa cosa fare se dimentica di assumere una dose dei farmaci o se si manifesta un effetto indesiderato?		
7. Ha informato i professionisti sanitari dei farmaci che sta già assumendo?		
8. È stato informato sulle possibili interazioni dei farmaci con quelli che, eventualmente, sta già assumendo?		
9. Si reca regolarmente dal suo medico per controllare e/o modificare la terapia se necessario?		
10. Sta assumendo farmaci di cui non ha più bisogno?		
11. Sa quando interrompere l'assunzione dei farmaci? <i>(durata della terapia)</i>		
12. Sa se tra i farmaci che sta assumendo ce n'è qualcuno che non deve mai interrompere improvvisamente?		
13. Sa cosa fare se resta senza farmaco?		
14. Sa a chi comunicare l'interruzione della terapia a causa di un effetto indesiderato?		
15. Sa cosa fare con i farmaci avanzati o scaduti?		


  
  

  
  
