|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PROCEDURA GESTIONALE**  **RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N° 17**  **“PROCESSO DI RICOGNIZIONE E DI RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA ”** | **PG-RRF** |
| **Revisione 0** |
| **Edizione 07/2016** |
| **Pag. 9 di 10** |

**Allegato 1 a SCHEDA PER LA RICOGNIZIONE/RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA**

Unità Operativa:…………………………………………………….. Data: …/…/…. Ora di ingresso del paziente in reparto: ……….

Cognome e Nome del Paziente: ……………………………………………………………… Data di nascita: …/…/…. Peso: ……. Kg Altezza: ………

Provenienza del paziente: □ abitazione privata □ P. S. □ altra U.O………………………………….. □ altro Ospedale □ informazione non disponibile

* Il paziente assume farmaci a carattere sperimentale e/o off-label? □ NO □ SI (specificare…………………………………………………………)
* Il paziente assume omeopatici, fitoterapici e/o integratori? □ NO □ SI (specificare…………………………………………………………)
* Il paziente presenta allergie o intolleranze conosciute? □ NO □ SI (specificare…………………………………………………………)
* Il paziente assume abitualmente alimenti in dosi elevate (pompelmo, caffè, thè, frutta, verdura, ecc.) che potrebbero interferire con la terapia?

□ NO □ SI (specificare…………………………………………………………)

* Il paziente assume alcool e/o sostanze d’abuso? □ NO □ SI (specificare…………………………………………………………)
* Il paziente presenta abitudine al fumo? □ NO □ SI (specificare…………………………………………………………)
* Il paziente utilizza dispositivi medici medicati? □ NO □ SI (specificare…………………………………………………………)

Altri dati significativi: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

TIMBRO E FIRMA MEDICO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PROCEDURA GESTIONALE**  **RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N° 17**  **“PROCESSO DI RICOGNIZIONE E DI RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA ”** | **PG-RRF** |
| **Revisione 0** |
| **Edizione 07/2016** |
| **Pag. 10 di 10** |

**Allegato1 b SCHEDA PER LA RICOGNIZIONE/RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA**

Cognome e Nome del Paziente: ……………………………………………… Unità Operativa:…………………………………………………….. CC………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RICOGNIZIONE | | | | RICONCILIAZIONE | | | |
| |  | | --- | | Nome del farmaco (principio attivo), dosaggio e forma farmaceutica | | | |  |  | | --- | --- | | Via di somm. |  | | Posologia/  orari | Interrompere | Continuare | Modificare | Modifiche da effettuare/note |
| TERAPIA PREGRESSA |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | NUOVA TERAPIA |  |  | | La terapia farmacologica prescritta, dopo aver correttamente effettuato le fasi di ricognizione/riconciliazione, dovrà essere riportata direttamente nella Scheda Unica di Terapia, come previsto dalla Procedura Aziendale PG GF | Note e/o commenti |  |

DATA TIMBRO E FIRMA MEDICO