

**MODULO DI RICHIESTA- EBPM**  
(allegato n. 1 nota protocollo 35477 del 21/04/2020)

UOC richiedente: \_\_\_\_\_

Assistito: \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ ASL appartenenza \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Data dell'**ultimo** Tampone \_\_\_\_\_ Esito  Positivo

Polmonite, profilassi

Paziente grave\*

\*D-dimero 4-6 volte  e/o SIC  $\geq$  4

**PRESCRIZIONE**

- Enoxaparina 4.000 UI/die
  - Enoxaparina 4.000 UI X 2/die
  - Altro dosaggio\* \_\_\_\_\_
- \* Peso assistito (Kg ) \_\_\_\_\_

Data inizio trattamento \_\_\_\_\_ Data fine trattamento \_\_\_\_\_

Specialista richiedente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

n. telefono \_\_\_\_\_ Timbro e Firma \_\_\_\_\_

**Parte riservata alla Farmacia Ospedaliera**

Farmaco e Quantità consegnata \_\_\_\_\_

Il Farmacista \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma per ricevuta \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
(operatore addetto alla consegna)