

# Continuità Assistenza Farmaceutica Domiciliare

**MEDICO MEDICINA GENERALE : DISTRETTO:** \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Indirizzo mail \_\_\_\_\_

**ASSISTITO : CODICE \*** \_\_\_\_\_

**\* RIPORTARE CODICE REGIONALE DEL MMG/NUMERO PROGRESSIVO (Tale Codice andrà riportato sulla SCHEDA INDIVIDUALE)**

**PRESCRIZIONE (fabbisogno 15 gg)**

Farmaco \_\_\_\_\_ Dosaggio \_\_\_\_\_

Posologia \_\_\_\_\_ N. confezioni \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Dosaggio \_\_\_\_\_

Posologia \_\_\_\_\_ N. confezioni \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Dosaggio \_\_\_\_\_

Posologia \_\_\_\_\_ N. confezioni \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Dosaggio \_\_\_\_\_

Posologia \_\_\_\_\_ N. confezioni \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Dosaggio \_\_\_\_\_

Posologia \_\_\_\_\_ N. confezioni \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Dosaggio \_\_\_\_\_

Posologia \_\_\_\_\_ N. confezioni \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma**

LA PRESENTE VA INOLTATA ALL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA: [farmacia.casa@aslfrosinone.it](mailto:farmacia.casa@aslfrosinone.it) SUCCESSIVAMENTE ALLA SCHEDA "CONTINUITA' ASSISTENZA FARMACEUTICA DOMICILIARE (UOC Farmacia: recapiti telefonici – 0775/8822306/10/08)-

**NUMERO VERDE 800 938 866**