

MODULO RICHIESTA – DIMISSIONE
(allegato 3 – nota prot.31915 n. del 7/04/2020)

UOC richiedente: _____ C.d.C.n. _____

Paziente _____ Data di nascita _____

Codice Fiscale: _____

Residenza _____ via _____

Recapito telefonico assistito/cargiver : _____

Data dell'**ultimo** tampone _____ Esito Positivo

PRESCRIZIONE

- Cloroquina bifosfato cpr 500 mg x 2/die
- Idrossicloroquina cpr 200 mg x 2/die
- Lopinavir/Ritonavir cpr 200/50 mg 2 x 2/die

Data inizio trattamento _____ Data fine trattamento _____ (max 14 giorni)

Specialista richiedente _____ Data _____

n. telefono _____ Timbro e Firma _____

Parte riservata alla Farmacia

Farmaco e quantità consegnata: _____

Il Farmacista _____ Data _____

Firma per ricevuta : _____ Data _____
(Coordinatore Infermieristico UOC richiedente)