

MODULO RICHIESTA DOMICILIARE (MMG/PLS)

(allegato 1 – nota prot.n.31915 del 7/04/2020)

Inviare via e-mail al seguente indirizzo : farmaciacasa@aslfrosinone.it

Il Medico richiedente _____ Data _____

n. telefono _____ Timbro e Firma _____

Cloroquina bifosfato cpr 500 mg x 2/die

Idrossicloroquina cpr 200 mg x 2/die

Assistito _____ Data di nascita _____

Codice Fiscale _____ ASL appartenenza _____

Residenza: _____ via _____

Recapito telefonico: _____

Data inizio trattamento _____ Data fine trattamento _____ (max 10 giorni)

➤ Sintomi lievi con esordio inferiore ai 4 giorni ed i seguenti fattori:

Età > 60 anni - Comorbidità (ipertensione, patologie cardiovascolari, diabete, obesità, IRC) – Gravidanza - Immunodepressione	Febbre > 37.5°, tosse, sintomi da raffreddamento, alterazioni gusto e/o olfatto, sintomi aspecifici
---	---

➤ Sintomi lievi con esordio superiore ai 4 giorni con o senza fattori di rischio:

	Febbre > 37.5°, tosse, sintomi da raffreddamento, alterazioni gusto e/o olfatto, sintomi aspecifici
--	---

Parte riservata alla Farmacia

Quantità consegnata _____

Il Farmacista _____ Data _____

Firma per ricevuta : _____ Data _____
(operatore addetto alla consegna)