

MODULO RICHIESTA - PRONTO SOCCORSO
(allegato 2 – nota prot.n.31915 del 7/04/2020)

Assistito _____ Data di nascita _____

Codice Fiscale _____ ASL appartenenza _____

Residenza: _____ via _____

Data del 1° Tampone _____ Esito Positivo

- 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 **Infettivologo** 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)