

## MODULO 7.1

(A CURA DELL'OSTETRICA REFERENTE AZIENDALE)

### INVIO RICHIESTA PRESCRIZIONE FARMACI OSSITOCINA E PROFILASSI ANTI D

#### RICHIESTA DI FARMACO PER SINGOLO PAZIENTE

Al Direttore U.O.C. di Ost./ Gin.

P.O. \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_

La Sottoscritta Ostetrica Referente Aziendale \_\_\_\_\_,

Invia richiesta di prescrizione per il Parto a Domicilio della

Sig.ra \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

per i seguenti farmaci:

Farmaco		Forma farmaceutica	N°
<input type="checkbox"/>	<b>Ossitocina*</b>	<b>Fiale</b>	<b>6</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Profilassi anti D</b>	<b>Fiale</b>	<b>1</b>

**\*DA USARE:** In caso di emorragia post partum secondo scheda tecnica del farmaco.

Data \_\_\_\_\_

L' Ostetrica Referente Aziendale  
(timbro e firma)

\_\_\_\_\_