

MODULO 7.1

(A CURA DELL'OSTERICA 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"/>	Ossitocina*	Fiale	6
<input type="checkbox"/>	Profilassi anti D	Fiale	1

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

Data _____

L' Ostetrica Referente Aziendale
(timbro e firma)