

Allegato 12

 MODULO PER IL RITIRO DA PARTE DELL'OSTETRICA DEI FARMACI DA UTILIZZARE PER
 IL PARTO IN AMBIENTE EXTRA-OSPEDALIERO

Data _____

ASSISTITA Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ Data di nascita _____

Residenza _____ Telefono _____

AUSL _____ Tessera sanitaria _____

Medico (MMG/ginecologo di fiducia*) Dott./ssa _____

Sede del ritiro _____

TERAPIA PRESCRITTA

	Specialità e dosaggio	Posologia	Durata
<input type="checkbox"/>	Ampicillina 1 grammo 12 fiale kit per profilassi intrapartum ¹	Come da linea guida	Come da linea guida
<input type="checkbox"/>	Immunoglobuline anti-D per profilassi intrapartum dell'immunizzazione RhD [specialità presente in prontuario] fiale/siringhe	Come da linea guida	Come da linea guida
<input type="checkbox"/>	Syntocinon® fiale da 5 UI 1 ml ²	Come da linea guida	Come da linea guida
<input type="checkbox"/>	Methergin® fiale da 0.2 mg/1 ml	Come da linea guida	Come da linea guida

Il medico (timbro e firma) _____

* è necessaria la firma del ginecologo in caso di prescrizione di Immunoglobuline anti-D.

Si conferma la consegna/il ritiro dei farmaci prescritti, nella quantità sotto indicata:

	Specialità e dosaggio	Lotto e scadenza	
<input type="checkbox"/>	Ampicillina 1 grammo 12 fiale kit	N. di preparazione Data Specialità di origine: Ampicillina BIOPHARMA 100 fl 1 g Lotto n. Scad.	N° kit
<input type="checkbox"/>	Immunoglobuline anti-D [specialità presente in prontuario] fiale/siringhe	Lotto ----- Scadenza -----	N° fiale/siringhe
<input type="checkbox"/>	Syntocinon® fiale da 5 UI 1 ml ²	Lotto ----- Scadenza -----	N° fiale
<input type="checkbox"/>	Methergin® fiale da 0.2 mg/1 ml	Lotto ----- Scadenza-----	N° fiale

Data di consegna/ritiro _____

L'ostetrica (firma per ricevuta) _____

Il farmacista (firma di consegna) _____