

PRESCRIZIONE TRATTAMENTO INFUSIONALE ED EV DOMICILIARE DA
EFFETTUARSI ATTRAVERSO IL CAD

(da compilarsi in stampatello a cura del medico curante)

PAZIENTE.....data nascita.....

Indirizzo completo e recapiti telefonici (omettere se già in carico al CAD o se la prescrizione è allegata ad una richiesta di presa in carico)

.....

nome farmaco/i da somministrare e dose:.....

tipo e quantità di soluzione per la diluizione (per ogni flebo):.....

.....

compatibilità testata se unione di più farmaci? - (indicare: si/no)

posologia

durata del trattamento

Si dichiara:

- L'assenza anamnestica di reazioni indesiderate al trattamento richiesto.
- Che il prodotto E' STATO / NON E' STATO (cancellare la voce che non interessa) somministrato in precedenza.
- La conoscenza delle modalità con cui il CAD eroga il predetto servizio e l'accettazione delle condizioni previste. In particolare:
 - o Sui farmaci somministrabili con le modalità definite dalla ASL
 - o Sul fatto che l'infermiere – per infusioni della durata > 30 minuti – sarà presente solo durante tale periodo di tempo.
 - o Sul fatto che un familiare sarà addestrato a come comportarsi durante l'infusione e alla fine di essa.
 - o Che durante l'infusione sarò rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

- In caso di farmaco non somministrato in precedenza mi impegno ad essere presente alla prima somministrazione, a meno di assicurazione da parte del CAD stesso della presenza di un medico ad esso assegnato.

Data:.....

Timbro e firma

.....