

**CONSEGNA DI FARMACI SENZA PRESCRIZIONE MEDICA**

DM 31 marzo 2008

|      |  |                       |  |
|------|--|-----------------------|--|
| Data |  | Iniziali del paziente |  |
|------|--|-----------------------|--|

**Barrare il motivo della richiesta**

|                                   |  |   |  |  |   |
|-----------------------------------|--|---|--|--|---|
| <b>Patologia cronica (art. 2)</b> | Presenza in farmacia di ricette mediche riferite allo stesso paziente nelle quali è prescritto il farmaco richiesto. | Esibizione da parte del cliente di un documento rilasciato dall'autorità sanitaria attestante la patologia per la quale è indicato il farmaco.<br><b>Se non indicato il farmaco fare firmare la dichiarazione di responsabilità</b> | Esibizione da parte del cliente di un documento originale firmato dal medico curante attestante la patologia cronica da cui il paziente è affetto, con indicazione del farmaco utilizzato per il relativo trattamento. | Esibizione di una ricetta <u>con validità scaduta da non oltre trenta giorni</u> , apporre un'annotazione sulla ricetta che impedisca la sua riutilizzo.<br><b>Dichiarazione di responsabilità</b> | Conoscenza diretta da parte del farmacista dello stato di salute del paziente e del trattamento in corso. |
|                                   | <b>Iniettabili SOLO INSULINA</b>   | <b>Iniettabili SOLO INSULINA</b>  | <b>Iniettabili SOLO INSULINA</b>   | <b>Iniettabili SOLO INSULINA</b>   | <b>Iniettabili SOLO INSULINA</b>  |

|                                    |   |   |   |
|------------------------------------|---|---|---|
| <b>Altre Patologie (artt. 3-4)</b> | Presenza in farmacia di una prescrizione medica rilasciata in una data che faccia presumere che il paziente sia ancora in trattamento con il medicinale richiesto | Esibizione di una confezione inutilizzabile (danneggiato).<br><b>Dichiarazione di assunzione di responsabilità.</b> | Prosecuzione della terapia a seguito di dimissione ospedaliera. Esibita documentazione. |
|                                    | <b>Iniettabili SOLO ANTIBIOTICI MONODOSE</b>  | <b>Iniettabili SOLO ANTIBIOTICI MONODOSE</b>  | <b>Iniettabili AMMESSI</b>  |

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>Medicinali consegnati</b> | Denominazione:                                |
|                              | Forma Farmaceutica:                           |
|                              | Dosaggio:                                     |
|                              | AIC:  |
|                              | N. confezioni (solo per antibiotici monodose) |

**NB:** Il "Cliente" è colui che ritira il medicinale, il "Paziente" è la persona a cui è destinato il medicinale.

La presente procedura non è ammessa per la consegna di medicinali: 1) stupefacenti o psicotropi, 2) soggetti a prescrizione ospedaliera o specialistica, 3) in regime di SSN.

Può essere consegnata una sola confezione con il più basso numero di unità posologiche, tranne che per antibiotici iniettabili monodose.

**Copia della presente scheda è consegnata al cliente per il successivo inoltro al medico curante.**

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL CLIENTE**

Dichiaro sotto la mia responsabilità che il paziente è in trattamento con il medicinale consegnato.

Firma del cliente .....