

CERTIFICAZIONE MEDICA
PER IL TRASPORTO E LA CONSEGNA A DOMICILIO DEI FARMACI DI CUI
ALL'ALLEGATO III-bis della LEGGE N. 12 del 8/02/2001

Il Dr./Prof. _____

Medico di Medicina Generale dell'ASL di _____

Medico di Continuità assistenziale dell'ASL di _____

Medico ospedaliero della Struttura Sanitaria _____

CERTIFICA

Che i sotto-elencati farmaci inclusi nell'Allegato III-bis della Legge n° 12 del 8/02/2001 sono prescritti per l'utilizzazione nell'assistenza domiciliare di paziente affetto da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa, ad esclusione del trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei:

_____ nella quantità di n° _____ ** con una
(nome della specialità medicinale e dosaggio) (numero confezioni)
sommministrazione/die di _____ per la durata di _____

(indicare i gg. di terapia)

_____ nella quantità di n° _____ ** con una
(nome della specialità medicinale e dosaggio) (numero confezioni)
sommministrazione/die di _____ per la durata di _____

(indicare i gg. di terapia)

** indicare il numero di confezioni a tutte lettere

Data: _____

Luogo: _____

Il Medico

(Timbro e firma)

SI IDENTIFICA

Il/La Sig./Sig.ra _____

in qualità di _____

Operatore sanitario del _____

Infermiere professionale del _____

Familiare del paziente _____

Personale del _____

e perciò autorizzato al trasporto e consegna a domicilio dei sopra-elencati farmaci

Al paziente: _____

Domicilio: _____

Data: _____

Luogo: _____

Il Medico

(Timbro e firma)

Il Farmacista

(Timbro e firma)

N.B.: certificato da compilare con mezzo indelebile