

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____
 CODICE FISCALE _____ DATA DI COMPILAZIONE _____

ELENCO FARMACI E PRODOTTI ASSUNTI A DOMICILIO

SEZIONE A – FARMACI REGOLARMENTE ASSUNTI A DOMICILIO

FARMACO

POSOLOGIA

ANNOTAZIONI

Esempio:

ATTACCA IL RITAGLIO DELLA SCATOLA Oppure METFORMINA scrivi: 1.000 mg	- 1 compressa ore 8 - 1 ore 12 - mezza ore 20	Prescritta dal diabetologo Durante il pasto Data inizio: 17.09.2022
---	---	---

1	nome del farmaco _____ dosaggio del farmaco _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
---	--	-------------------------	-------------------------

2	nome del farmaco _____ dosaggio del farmaco _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
---	--	-------------------------	-------------------------

3	nome del farmaco _____ dosaggio del farmaco _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
---	--	-------------------------	-------------------------

4	nome del farmaco _____ dosaggio del farmaco _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
---	--	-------------------------	-------------------------

Attenzione: il presente modulo non sostituisce l'anamnesi farmacologica

FARMACO

POSOLOGIA

ANNOTAZIONI

5

nome del farmaco _____	 _____ _____	 _____ _____
dosaggio del farmaco _____	 _____ _____	 _____ _____

6

nome del farmaco _____	 _____ _____	 _____ _____
dosaggio del farmaco _____	 _____ _____	 _____ _____

7

nome del farmaco _____	 _____ _____	 _____ _____
dosaggio del farmaco _____	 _____ _____	 _____ _____

8

nome del farmaco _____	 _____ _____	 _____ _____
dosaggio del farmaco _____	 _____ _____	 _____ _____

9

nome del farmaco _____	 _____ _____	 _____ _____
dosaggio del farmaco _____	 _____ _____	 _____ _____

10

nome del farmaco _____	 _____ _____	 _____ _____
dosaggio del farmaco _____	 _____ _____	 _____ _____

Attenzione: il presente modulo non sostituisce l'anamnesi farmacologica

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____
 CODICE FISCALE _____ DATA DI COMPILAZIONE _____

SEZIONE B - FARMACI ASSUNTI OCCASIONALMENTE con o senza prescrizione medica

FARMACO	POSOLOGIA	ANNOTAZIONI
<p>nome del farmaco</p> <p>_____</p> <p>dosaggio del farmaco</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>nome del farmaco</p> <p>_____</p> <p>dosaggio del farmaco</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>nome del farmaco</p> <p>_____</p> <p>dosaggio del farmaco</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

SEZIONE C – ALTRI PRODOTTI con o senza prescrizione medica
 omeopatici, integratori alimentari, fitoterapici ecc...

NOME PRODOTTO	POSOLOGIA	MOTIVO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Attenzione: il presente modulo non sostituisce l'anamnesi farmacologica

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____
CODICE FISCALE _____ DATA DI COMPILAZIONE _____

ALTRE ANNOTAZIONI (*diete seguite, intolleranze, allergie, ecc...*)

DOMANDE DA PORRE AL MEDICO CURANTE (*esempi: tra i farmaci che sto assumendo, ce n'è qualcuno che non devo interrompere improvvisamente? Esistono cibi, bevande, prodotti naturali che possono interagire con il farmaco che sto assumendo?...*)



La **MIA** cura
SIcura

Attenzione: il presente modulo non sostituisce l'anamnesi farmacologica