

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  <b>nome del farmaco</b> _____  <b>dosaggio del farmaco</b> _____		
---	--	--

2  <b>nome del farmaco</b> _____  <b>dosaggio del farmaco</b> _____		
---	--	--

3  <b>nome del farmaco</b> _____  <b>dosaggio del farmaco</b> _____		
---	--	--

4  <b>nome del farmaco</b> _____  <b>dosaggio del farmaco</b> _____		
---	--	--

**Attenzione: il presente modulo non sostituisce l'anamnesi farmacologica**

**FARMACO**

**POSOLOGIA**

**ANNOTAZIONI**

5

<b>nome del farmaco</b> _____	 _____ _____	 _____ _____
<b>dosaggio del farmaco</b> _____	 _____ _____	 _____ _____

6

<b>nome del farmaco</b> _____	 _____ _____	 _____ _____
<b>dosaggio del farmaco</b> _____	 _____ _____	 _____ _____

7

<b>nome del farmaco</b> _____	 _____ _____	 _____ _____
<b>dosaggio del farmaco</b> _____	 _____ _____	 _____ _____

8

<b>nome del farmaco</b> _____	 _____ _____	 _____ _____
<b>dosaggio del farmaco</b> _____	 _____ _____	 _____ _____

9

<b>nome del farmaco</b> _____	 _____ _____	 _____ _____
<b>dosaggio del farmaco</b> _____	 _____ _____	 _____ _____

10

<b>nome del farmaco</b> _____	 _____ _____	 _____ _____
<b>dosaggio del farmaco</b> _____	 _____ _____	 _____ _____

**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><b>nome del farmaco</b></p> <p>_____</p> <p><b>dosaggio del farmaco</b></p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>nome del farmaco</b></p> <p>_____</p> <p><b>dosaggio del farmaco</b></p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>nome del farmaco</b></p> <p>_____</p> <p><b>dosaggio del farmaco</b></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  
**SI**cura

**Attenzione: il presente modulo non sostituisce l'anamnesi farmacologica**