

**RICONCILIAZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA****U.O. Gestione del Rischio Clinico**

P.O./S.O. \_\_\_\_\_ Unità Operativa \_\_\_\_\_

Cartella clinica n. \_\_\_\_\_ Cognome e nome del paziente \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sesso M ☐ F ☐ Peso (kg) \_\_\_\_\_ Altezza (cm) \_\_\_\_\_Allergie/reazioni a farmaci/altro ☐ Nessuna nota ☐ SI \_\_\_\_\_ ☐ Dispositivi medici medicati☐ Fumatore abituale Assunzione abituale di: ☐ Alcool ☐ Sostanze stupefacenti Assunzione alimenti che possono interferire con la terapia ☐ NO ☐ SI \_\_\_\_\_

| RICOGNIZIONE                 |                  |                                                          | RICONCILIAZIONE |            |            |          |                                                     |
|------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------|-----------------|------------|------------|----------|-----------------------------------------------------|
| Nome commerciale del farmaco | Principio attivo | Posologia giornaliera, dosaggio, via di somministrazione | Interrompere    | Continuare | Modificare | COMMENTI | TERAPIA OSPEDALIERA (nome farmaco, dose, frequenza) |
|                              |                  |                                                          |                 |            |            |          |                                                     |
|                              |                  |                                                          |                 |            |            |          |                                                     |
|                              |                  |                                                          |                 |            |            |          |                                                     |
|                              |                  |                                                          |                 |            |            |          |                                                     |
|                              |                  |                                                          |                 |            |            |          |                                                     |
|                              |                  |                                                          |                 |            |            |          |                                                     |
|                              |                  |                                                          |                 |            |            |          |                                                     |

Informazioni fornite da: ☐ paziente ☐ caregiver ☐ medico curante**Ricognizione:** Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_**Riconciliazione:** Data \_\_\_\_\_ Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_