

## Allegato 12

### MODULO PER IL RITIRO DA PARTE DELL'OSTETRICA DEI FARMACI DA UTILIZZARE PER IL PARTO IN AMBIENTE EXTRA-OSPEDALIERO

Data \_\_\_\_\_

ASSISTITA Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

AUSL \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria \_\_\_\_\_

Medico (MMG/ginecologo di fiducia\*) Dott./ssa \_\_\_\_\_

Sede del ritiro \_\_\_\_\_

#### TERAPIA PRESCRITTA

	Specialità e dosaggio	Posologia	Durata
<input type="checkbox"/>	<b>Ampicillina</b> 1 grammo 12 fiale kit per profilassi intrapartum <sup>1</sup>	Come da linea guida	Come da linea guida
<input type="checkbox"/>	<b>Immunoglobuline anti-D</b> per profilassi intrapartum dell'immunizzazione RhD [specialità presente in prontuario] fiale/siringhe	Come da linea guida	Come da linea guida
<input type="checkbox"/>	<b>Syntocinon®</b> fiale da 5 UI 1 ml <sup>2</sup>	Come da linea guida	Come da linea guida
<input type="checkbox"/>	<b>Methergin®</b> fiale da 0.2 mg/1 ml	Come da linea guida	Come da linea guida

Il medico (timbro e firma) \_\_\_\_\_

\* è necessaria la firma del ginecologo in caso di prescrizione di Immunoglobuline anti-D.

Si conferma la consegna/il ritiro dei farmaci prescritti, nella quantità sotto indicata:

	Specialità e dosaggio	Lotto e scadenza	
<input type="checkbox"/>	<b>Ampicillina</b> 1 grammo 12 fiale kit	N. di preparazione ..... Data ..... Specialità di origine: Ampicillina BIOPHARMA 100 fl 1 g Lotto n. .... Scad. ....	N° kit
<input type="checkbox"/>	<b>Immunoglobuline anti-D</b> [specialità presente in prontuario] fiale/siringhe	Lotto ----- Scadenza -----	N° fiale/siringhe
<input type="checkbox"/>	<b>Syntocinon®</b> fiale da 5 UI 1 ml <sup>2</sup>	Lotto ----- Scadenza -----	N° fiale
<input type="checkbox"/>	<b>Methergin®</b> fiale da 0.2 mg/1 ml	Lotto ----- Scadenza-----	N° fiale

Data di consegna/ritiro \_\_\_\_\_

L'ostetrica (firma per ricevuta) \_\_\_\_\_

Il farmacista (firma di consegna) \_\_\_\_\_

c/o U.O. Ostetricia

L'Ostetrica U.O. Ostetricia Carpi (firma di consegna) \_\_\_\_\_