

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.)**MODULO PER RICHIESTA FARMACI per pazienti inseriti in A.D.I.**

Nominativo del Paziente (cognome e nome)

n° cartella A.D.I.

Codice fiscale

data di nascita

FARMACO NOME COMMERCIALE/PRINCIPIO ATTIVO (come da PTA)	N. CONF.

Timbro e firma del Medico Curante

DA CONSEGNARE ALLA U.O.T. DI: _____
(Da compilare a cura dell'infermiere della Unità Operativa Territoriale / Cure Palliative)

Data _____