|  |  |
| --- | --- |
| ***Servizio Rischio Clinico*****Scheda Riconciliazione Farmacologica****Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **ANAGRAFICA**Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Età \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso\_\_\_\_\_\_\_\_ Sesso M [ ] F [ ]U.O./Reparto /Servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Provenienza del Paziente**: [ ] Abitazione; [ ]Pronto Soccorso; [ ] Altra U.O. dell’Ospedale; [ ] Altro Ospedale; [ ] Struttura Socio-assistenziale; [ ] informazione non rilevata;  [ ] Medico curante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| FARMACI ALERT : [ ] NO [ ] SI [ ] Informazione non rilevata | GRAVIDANZA [ ] SI [ ] NO NON NOTO [ ]REAZIONI AVVERSE: [ ] NO [ ] SI [ ] informazioni non  rilevateALLERGIE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **RICOGNIZIONE** | **RICONCILIAZIONE** |
| Farmaco, farmaci senza obbligo di prescrizione, omeopatici, fitoterapici, integratori, vitamine, dispositivi medici farmacologici etc.**Indicare forma terapeutica, dosaggio, posologia, modalità di somministrazione, frequenza** | Interrompe | Continuare | Modificare | Nuovo | **Motivi della modifica** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Fonte di informazione**:[ ] Paziente; [ ] Parente/caregiver [ ] lista scritta dal pz.; [ ] altra cartella cl.; [ ] Referto PS; [ ] Documento anestesiologico; [ ] Doc. MMG/PLS; [ ] documento specialistico; [ ] Doc.Casa cura/RSA; [ ] Farmacista [ ] Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Ricognizione effettuata da (specificare figura professionale e firmare):** | **Avvertenze – Raccomandazioni – Annotazioni – Informazioni condivise – Interazioni** |
| Firma del paziente per condivisione:  | **Nominativo del Medico riconciliatore:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma:** |