|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***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  rilevate  ALLERGIE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **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** | I  n  t  e  r  r  o  m  p  e | C  o  n  t  i  n  u  a  r  e | M  o  d  i  f  i  c  a  r  e | N  u  o  v  o | **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:** | | | | |