

Paziente _____ nato il _____ Cartella n° _____

Allergie riferite SI NO _____

Terapia a domicilio	Ultima assunzione Giorno / ora	Confermato	Sospeso	Nuova dose, ora, via		Sostituito	Non presente nel PTO	Motivazioni cliniche	Incompatibilità	Terapia al ricovero	Nuovo

Intervista effettuata con: il paziente il Care-giver (_____) Lista farmaci: Sì No

Consumo abituale di:

- Caffè _____
- Alcolici _____
- Succhi di frutta _____

Richiesta consulenza del farmacista Sì No

Il Farmacista _____

Data _____ ore _____

Il Medico _____

Data _____ ore _____