**TERAPIA COVID-19 + MODULO RICHIESTA DOMICILIARE**

Il Medico richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro e Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| □ Clorochina bifosfato cpr 500 mg x 2/die  □ Idrossiclorochina cpr 200 mg x 2/die |  |

Paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ASL appartenenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune Residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune Domicilio(se diverso da residenza)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Distretto (da compilare sempre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data inizio trattamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data fine trattamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (max 10 giorni)

**Sintomi lievi esordio < 4 giorni**

|  |  |
| --- | --- |
| Età > 60 anni  Comorbidità (ipertensione, patologie cardiovascolari, diabete, obesità, IRC)  Gravidanza  Immunodepressione | Febbre > 37.5° <38,6° , tosse, sintomi da raffreddamento, alterazioni gusto e/o olfatto, sintomi aspecifici |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sintomi lievi esordio > 4 giorni** | Febbre > 37.5° <38,6°, tosse, sintomi da raffreddamento, alterazioni gusto e/o olfatto, sintomi aspecifici |

**Parte riservata alla Farmacia:**

Quantità consegnata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Farmacista\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma per ricevuta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_