

I miei farmaci

Cognome: _____

Nome: _____

Indirizzo: _____

Data di nascita: _____ Tel. _____

E-mail: _____

Contatto in caso di emergenza (nome, n. telefono): _____

Il mio medico di famiglia (nome, n. telefono): _____

Altri medici curanti (nome, n. telefono): _____

La mia farmacia (nome, n. telefono): _____

Le mie allergie: _____

Questi farmaci mi creano problemi: _____

Esempi di compilazione: vedi [scheda per i pazienti «Farmacoterapia sicura in ospedale»](#), www.securitedespatients.ch

Data inizio	Nome	Forma	Dosaggio	Frequenza				Motivo	Indicazioni particolari	Data fine
				Mattino	Mezzo-giorno	Sera	Notte			
Farmaci che assumo regolarmente										
20.02.15	<i>Esempio</i>	<i>Compresse</i>	<i>0,5 mg</i>	<i>1</i>				<i>Sostituzione ormonale</i>	<i>Assumere a digiuno (compresse gialle)</i>	27.02.15

Data dell'ultima modifica: _____



sicurezza dei pazienti svizzera

I miei farmaci

Data inizio	Nome	Forma	Dosaggio	Frequenza				Motivo	Indicazioni particolari	Data fine
				Mattino	Mezzo-giorno	Sera	Notte			
Farmaci che assumo solo al bisogno (riserva)										

Data dell'ultima modifica: _____



sicurezza dei pazienti svizzera