Allegato A

DPC: "MODULO REGISTRAZIONE CONSEGNE "

Modulo per la registrazione delle consegne, a cura del Farmacista.

Assistito Sig.:……

(1)Farmaco:

☐ ***DABIGATRAN*** …... mg ..… cpr ☐ **RIVAROXABAN** ..… mg……cpr ☐ **APIXABAN**….. mg….cpr

☐**EDOXABAN** ..… mg……cpr

N° Confezioni erogabili ……. in base al **Piano Terapeutico** del ……..

scadenza ……..…(**max 6 mesi per i PT Regione Emilia Romagna)**

VALIDATO da Dr…… della Farmacia ……...

DATA	QUANTITA' CONSEGNATA (confezioni)	QUANTITA' RESIDUA (confezioni)	TIMBRO E FIRMA DEL FARMACISTA	FIRMA ASSISTITO (o di chi ritira il farmaco)

(1) Indicare il farmaco prescritto e compilare dosaggio e Numero cpr per confezione.

Per ULTIMA EROGAZIONE :

Egr. Assistito

Le segnaliamo che il Piano Terapeutico viene così esaurito, non potranno più essere erogati farmaci. Per l'eventuale proseguimento della terapia dovrà preventivamente rivolgersi al Centro che La ha in cura per il rinnovo del Piano Terapeutico.

FIRMA DEL FARMACISTA **FIRMA DEL PAZIENTE (o di chi ritira il farmaco)**

…… **……..**

Data:……