

PRESCRIZIONE SET MEDICAZIONE

Nome:	Data di nascita:
Cognome	Telefono:
Indirizzo:	Assicurazione malattia: Nr assicurato:
Infermieri a domicilio / Spitex:	

- ☐ Set medicazione PICC
- ☐ Set medicazione AVI
- ☐ Set antibiotico terapia
- ☐ Set medicazione vie periferiche
- ☐ Set stacco pompa con citostatici
- ☐ Materiale infusioni a domicilio
- ☐ Materiale tracheostomia
- ☐ Set Prelievi
- ☐ Altro:

Farmacia di riferimento

☐ LUGANESE Farmacia Trevano Farmadomo HCP SA Tel. 091 971 22 51 Fax 091 970 34 34 farmaciatrevano@farmadomo.ch	☐ LOCARNESE Farmacia 5vie Farmadomo SA Tel. 091 760 06 66 Fax 091 760 06 68 farmacia5vie@farmadomo.ch
☐ MENDRISIOTTO Farmacia Chiassese Farmadomo SA Tel. 091 682 62 76 Fax 091 682 00 49 farmaciachiassese@farmadomo.ch	☐ BELLINZONA E VALLI Farmacia delle Semine SA Tel. 091 825 25 35 Fax 091 826 45 48 info@farmaciasemine.ch

Valida quale ricetta medica

Data	Timbro e firma medico
-------------	------------------------------