

**Allegato MODULO RICHIESTA EBPM TERAPIA COVID 19 (circolare GR/39/21)**



TERAPIA COVID-19 +

Allegato 2

MODULO RICHIESTA EBPM

UOC richiedente: \_\_\_\_\_

Assistito \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

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

Residenza: \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Data dell'ultimo Tampone \_\_\_\_\_ Esito  Positivo

Polmonite, profilassi

Paziente grave\*

D-dimero 4-6 volte  e/o SIC  $\geq$  4

Enoxaparina 4.000 UI / die

Enoxaparina 4.000 UI x 2 / die

Data inizio trattamento \_\_\_\_\_ Data fine trattamento \_\_\_\_\_

Specialista richiedente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

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

Parte riservata alla Farmacia

Farmaco e Quantità consegnata \_\_\_\_\_

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

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