

RICHIESTA MOTIVATA DI FILTRANTI FACCIALI FFP3*(Alla Farmacia o, nei giorni festivi, al Pronto Soccorso)*

U.O. richiedente Data:

Motivo della richiesta:

Numero di filtranti richiesti: 5 10**RICHIESTA MOTIVATA DI CHEMIOPROFILASSI/CHEMIOTERAPIA
PER ESPOSIZIONE PROFESSIONALE***(Alla U.O. Farmacia)*

U.O. richiedente Data:

Nome e cognome dell'Operatore esposto:.....

Farmaco richiesto: Isoniazide: dosaggio..... durata terapia..... Etambutolo: dosaggio..... durata terapia..... Rifampicina: dosaggio..... durata terapia..... Pirazinamide: dosaggio..... durata terapia..... Ciprofloxacina dosaggio..... durata terapia.....Esposizione professionale a: Mycobacterium Tuberculosis Neisseria Meningitidis**Firma e Timbro del Medico Prescrittore****Firma del Caposala**

.....

.....

Parte riservata alla U.O. Farmacia

CONSEGNATO.....fl/cp

II | | | / | | | / | | |

MOVIMENTO N°.....

IL FARMACISTA.....

N.B. attribuire i filtranti facciali alla Unità Operativa richiedenteAttribuire i farmaci per profilassi/terapia del Personale alla Medicina Preventiva
codice 1101AA0310