



RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA		CSD.A
REVISIONE 00	Settembre 2023	Pag. 1/1

Alla Coordinatrice del Centro
Diurno Borghi
ASP Charitas

Io sottoscritto/a in qualità di

Amministratore di Sostegno Tutore Genitore Caregiver dell'ospite
.....

chiedo che

gli operatori del Centro Diurno Borghi possano aiutare all'assunzione della terapia farmacologica per via orale qualora l'ospite non fosse in grado di assumere autonomamente, seguendo le modalità e gli orari indicati nello schema terapeutico CSD.B allegato alla presente firmato dal MMG che cura l'ospite, fermo restando che gli operatori del centro diurno non intervengono in alcun modo nel dosaggio dei farmaci che provvederò a consegnare quotidianamente agli operatori all'ingresso al centro già pronti per l'assunzione quotidiana e quindi non controllabili né verificabili.

gli infermieri del Centro Diurno Borghi possano somministrare la terapia farmacologica seguendo lo schema terapeutico CSD.B allegato alla presente firmato dal MMG che cura l'ospite, fermo restando che provvederò a consegnare quotidianamente agli operatori all'ingresso al centro il farmaco necessario con allegato il foglio illustrativo: informazioni per l'utilizzatore.

gli infermieri del Centro Diurno Borghi possano somministrare la terapia farmacologica al bisogno seguendo lo schema terapeutico allegato alla presente firmato dal MMG che cura l'ospite, fermo restando che provvederò a consegnare quotidianamente agli operatori all'ingresso al centro il farmaco necessario, con allegato il foglio illustrativo: informazioni per l'utilizzatore, che mi verrà restituito al termine del periodo di permanenza.

dichiara

che il periodo di validità della terapia farmacologica è dal / / 202X al / / 202X (max 12 mesi).

In fede

, / / 202