

**Modulo per la prescrizione di benzodiazepine ad
anziani non autosufficienti accolti in strutture
residenziali**

*(da inviare al Servizio Farmaceutico Ospedaliero della ASS di
competenza)*

Generalità dell'Assistito

Nome e Cognome (ovvero le iniziali, secondo le disposizioni vigenti in materia
di tutela dei dati personali) _____

Data di nascita _____ M F CF _____

Indirizzo _____

ASS di residenza _____ Regione _____

Medico curante: _____

Diagnosi (conforme alle disposizioni regionali per la prescrizione a carico del
SSR)

1. Insonnia grave, disabilitante o che è causa di grave angoscia
2. Ansia grave, disabilitante o che sottopone l'individuo ad afflizione
inaccettabile

La diagnosi è stata formulata in data ____/____/____ presso la struttura

Piano terapeutico

Farmaco prescritto: _____

Posologia _____

Durata prevista del trattamento (max 4 settimane) _____

Prima prescrizione

Cambio posologia/trattamento

Data _____

Timbro e Firma
del Medico Prescrittore*

* convenzionato/dipendente.