



**DISTRETTO SANITARIO DI CAMPOBASSO/ISERNIA/TERMOLI**

**MODULO B/6 da compilare a carico della Struttura extraospedaliera RSA "R1" ed "R2" per ogni singolo assistito degente e da inviare al Distretto di Residenza, per RICHIESTA MEDICAZIONI AVANZATE**

**DATI RELATIVI al PAZIENTE**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDIRIZZO (residenza) \_\_\_\_\_

DISTRETTO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

DATA di INGRESSO in Struttura \_\_\_\_\_

DATA di DIMISSIONE \_\_\_\_\_

**MEDICAZIONI AVANZATE**

**TIPO DI MEDICAZIONE** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MEDICAZIONE	N° pezzi/die
ALTRO	

**Le Medicazioni Avanzate, e altro connesso, verranno erogate ogni 30 giorni**

**Il Direttore Distretto Sanitario**