

**Oggetto: prospetto della terapia in atto per servizio di CDI**

**Si informa che presso la Fondazione Casa di Riposo di Manerbio Onlus è attivo il Centro Diurno Integrato.**

Nell'informarla che il/la signor/signora \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ ha fatto richiesta di frequenza del C.D.I., la portiamo a conoscenza che le prescrizioni farmacologiche, le indicazioni terapeutiche, le richieste di indagini diagnostiche di routine e urgenti, nonché le visite mediche rimangono di Sua competenza.

Ogni qualvolta venga modificata la terapia in atto, è necessario far pervenire la relativa prescrizione (con timbro e firma del Medico curante) presso il nostro Ente.

Al fine di garantire la continuità assistenziale Le chiediamo, cortesemente, di compilare, in ogni sua parte, il seguente prospetto terapeutico:

<b>FARMACO/DOSAGGIO</b>	<b>ORA</b>

\_\_\_\_\_  
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Le chiediamo, inoltre, i Suoi recapiti telefonici per ogni evenienza:

Ambulatorio \_\_\_\_\_

Abitazione \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

La ringraziamo per la collaborazione.

**COMUNICAZIONI IN MERITO ALLE PRESCRIZIONI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE**

Gentile Ospite/familiare, La informiamo che, al fine di garantire l'applicazione delle prescrizioni diagnostico/terapeutiche presso la nostra Struttura, è necessario, ogni qualvolta venga modificata la terapia, comunicare tale variazione al nostro Ente e consegnarci la relativa prescrizione (firmata e timbrata dal Medico di Base) completa del dosaggio ed orario di somministrazione.

Precisiamo che, in assenza di tale documentazione, per ragioni medico-legali, non sarà somministrata alcuna terapia.

Si ricorda, inoltre, che, ogni qualvolta vengano eseguiti esami ematici, urinari, strumentali e visite, dovrà esserci consegnata copia del referto.

LA DIRETTRICE  
Galli Dr.ssa Giuditta