

Allegato 1. Modulo per la prescrizione di medicinali contro la scabbia per Farmacia Ospedaliera

Unità operativa medico prescrittore
AUSL/AOU
☐ Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

☐ Altra U.O. di ricovero ospedaliero

Medico Prescrittore (nome e cognome) _____

Tel. _____ e-mail _____

ANAGRAFICA PAZIENTE:

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita __ / __ / __

 Sesso M ☐ F ☐ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. (__)

Indirizzo _____ n. _____ Tel. _____

AUSL di residenza _____

INDICAZIONE CLINICA:
☐ Trattamento caso indice scabbia comune

☐ Trattamento scabbia crostosa

☐ Trattamento contatto stretto

PRESCRIZIONE:

• IVERMECTINA 3 mg compresse Numero compresse _____

• PERMETRINA 5% crema per uso dermatologico Numero confezioni _____

☐ 30 gr ☐ 60 gr

• BENZILE BENZOATO formulazione galenica ml _____ o gr _____

 concentrazione ☐ 6,5% ☐ 10% ☐ 12,5% ☐ 25%

 emulsionante ☐ crema base ☐ olio vegetale ☐ paraffina liquida leggera

POSOLOGIA Dose/die _____ Durata del trattamento _____

(descrivere) _____

Luogo e Data

_____ / _____ / _____

Timbro e firma del medico prescrittore
