



CASA DI CURA

VILLA GARDA

SCHEMA TERAPIA A DOMICILIO CON CONSENSO INFORMATO

Egr. Sig./Gent.Sig.ra,

la terapia in atto al momento della dimissione indicata in cartella clinica e qui riportata per Sua comodità è la seguente:

| Farmaco | orario | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------|---|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 6 | 8 | 10 | 12 | 14 | 16 | 18 | 20 | 22 | 24 |
| BRUFEN 400 mg | | 1 | | | | | | | | |
| CARDIOASPIRIN 100 mg (STOMACO PIENO) | | | | 1 | | | | | | |
| COUMADIN 5 mg (VEDI SCHEMA) | | | | | | X | | | | |
| LASIX 25 mg | | 1 | | | | 1 | | | | |
| CERCANIDIPINA 10 mg | | | | | | | | | 1 | |
| NEXIUM 20 mg | | 1 | | | | | | | | |
| SEQUACOR 1,25 mg | | 1 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

La invito a recarsi al più presto dal Suo medico curante per la prosecuzione delle cure, raccomandando di seguire nel frattempo la terapia indicata, tenendo presente che non seguirla può esporLa a **gravi rischi** per la Sua salute.

Garda, 11/09/21

Firma del medico 

Io sottoscritto

Pueroni Maurizio

Nato il 19/05/1954 M
Riab. Cardiovascolare - 56003
N.Cartella 2021 000757

dichiaro di aver ricevuto la lettera di dimissioni e il dosaggio farmacologico necessario per la prosecuzione della terapia per giorni tre e di aver ben compreso che non seguire la terapia sopra indicata può espormi a **gravi rischi** e che è indispensabile che mi rechi al più presto dal medico curante per la prosecuzione delle cure.

Garda, 11/09/21 ore _____

Firma del paziente 