

Servizio Disabilità Età Adulta
Distretto Sud

AUTORIZZAZIONE AIUTO ALL' ASSUNZIONE FARMACI

Il/la sottoscritto/a _____

genitore (o rappresentante legale) di _____

inserito presso il Centro Diurno di _____

AUTORIZZA

- gli operatori del Centro Diurno a provvedere che il proprio familiare/assistito, venga aiutato ad assumere la terapia farmacologica, come indicato nell'allegata prescrizione medica, durante l'orario di frequenza del Centro Diurno, scegliendo una delle modalità seguenti:
 - la terapia viene prelevata di volta in volta dalla confezione originale del farmaco/i che la famiglia stessa fornisce periodicamente al Centro Diurno
 - la terapia viene prelevata di volta in volta dal dispensatore di pillole settimanale che la famiglia stessa si procura in modo autonomo e riempie a domicilio, inviandolo al Centro Diurno all'inizio di ogni settimana.

- il proprio familiare/assistito a gestire e ad assumere in modo autonomo la terapia farmacologica, come indicato nell'allegata prescrizione medica, durante l'orario di frequenza del Centro Diurno.
In questo caso si conviene con gli operatori che l'utente assume su di sé la piena responsabilità per la corretta custodia e conservazione.

- Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente ogni variazione della terapia o della posologia del trattamento in corso

Lì, _____

(firma) _____