

*Allergie, Intolleranze*

*Farmaci omeopatici, Fitoterapici, Integratori*

*Patologie Croniche*

*(es. Diabete, Ipertensione, BPCO, Malattie Cardiovascolari)*

**ANNOTAZIONI:**

*scrivere sempre se si sono verificati eventuali episodi di vertigini, cadute, confusione, vomito, sonnolenza, mal di stomaco, eruzioni cutanee o altro, dopo l'assunzione di un farmaco, e indicare quale:*

## LE MIE MEDICINE

**NOME** .....

**COGNOME** .....

**MEDICO CURANTE** .....

**CONTATTI** .....

## ISTRUZIONI

**Compilare in modo completo la scheda** scrivendo i nomi di tutte le medicine o di altri prodotti che assume abitualmente o occasionalmente (es. integratori, prodotti omeopatici, fitoterapici, prodotti di erboristeria).

**Aggiornare** aggiungendo sempre il nome delle nuove medicine che le vengono prescritte.

**Conservare e consegnarla** in Ospedale o in Ambulatorio Specialistico quando si reca a fare una visita o in caso di ricovero.



ASL  
ROMA 2



REGIONE  
LAZIO



<b><u>COSA</u></b>	<b><u>PERCHÈ</u></b>	<b><u>QUANTO</u></b>	<b><u>QUANDO</u></b>			
<i>Scrivere il nome completo della medicina riportato sulla confezione (precisare se sono compresse, gocce, fiale)</i>	<i>Perché assume questa medicina (esempio: Diabete, BPCO, Ipertensione, Malattie cardiovascolari...)</i>	<i>Quantità assunta/ iniettata (esempio: 1 compressa, 20 gocce...)</i>	<i>Ora di assunzione</i>			

