

VERBALE DI CONSULTO
CON PRESCRIZIONE E SOMMINISTRAZIONE A DOMICILIO DI TERAPIA CON
(indicare solo il farmaco prescritto)
PF-07321332+RITONAVIR (PAXLOVID®, PFIZER) / MOLNUPIRAVIR (LAGEVRIO®, MSD)

Noi sottoscritti:

dottor _____ medico specialista
nome cognome

dottor _____ medico USCA
nome cognome

Vista la *scheda arruolamento pazienti da sottoporre a terapia con antivirali* (allegato "I") e i dati clinici ivi contenuti redatta dal medico USCA (anche facoltativamente, in collaborazione con il dott. _____

nome cognome

medico di medicina generale di scelta dell'assistito _____)
nome cognome

eleggibile a terapia con farmaco antivirale (*indicare solo il farmaco prescritto*):

PF-07321332/ritonavir (Paxlovid®, Pfizer) / molnupiravir (Lagevrio®, MSD)

Preso atto:

- che la prescrivibilità dei trattamenti con il farmaco antivirale è affidata ai medici operanti presso le strutture complesse e semplici di Malattie Infettive, Medicina Interna e PS/DEA di ogni ASR, identificate come strutture operanti per la prescrizione e/o somministrazione;
- che, tuttavia, al fine di garantire la tempestività dell'inizio del trattamento (essenziale per la sua efficacia), il medico USCA è autorizzato a decidere su indicazione e in accordo con lo specialista e previa verbalizzazione del consulto effettuato anche con strumenti di telemedicina (televisita), l'avvio immediato del trattamento terapeutico;

Sulla base di quanto riferito dal medico USCA

dichiariamo:

che mediante **consulto telefonico / televisita**

il paziente _____
nome cognome

è stato visitato a domicilio dal medico USCA, è stata constatata l'assenza di controindicazioni all'assunzione del farmaco ed è, quindi, eleggibile a terapia con il suddetto farmaco antivirale;

è stato chiaramente informato del trattamento anche con la consegna dell'*informativa e del modulo di consenso informato* ed acquisito il consenso.

Quindi, sulla base dei dati clinici raccolti dal Collega USCA in forza di quanto riferito dal paziente (vedi allegati), in considerazione della necessità di ricorrere a terapia antivirale e valutato lo stato di rischio/vulnerabilità, **i sottoscritti di comune accordo ritengono di prescrivere e somministrare** (*indicare solo il farmaco prescritto*):
PF-07321332/ritonavir (Paxlovid®, Pfizer) / molnupiravir (Lagevrio®, MSD)

Si stabilisce che la terapia può essere effettuata a domicilio con fornitura diretta del ciclo terapeutico, con assunzione della prima dose sotto osservazione del medico USCA e successive autosomministrazioni da parte del paziente per cinque giorni, fermo restando l'obbligo per il medico USCA di effettuare il monitoraggio quotidiano del trattamento.

data ____/____/____

Firma del Medico Specialista _____

Firma del Medico USCA _____