

**PROGETTO REGIONALE PER MIGLIORARE L'ADERENZA TERAPEUTICA NEI
PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIA CRONICA**

PRIMO FOLLOW UP

Farmacia _____ Cod. Prov. _____

Situata nel Comune di _____ (Prov)

Azienda ULSS territorialmente competente _____

In data ___ / ___ / ___ è stato effettuato il follow up nei confronti del/lla sig./sig.ra
_____, che ha aderito al progetto in data ___ / ___ / ___

C.F. _____

- aiuto nella comprensione delle terapie prescritte
- verifica eventuali switch tra farmaci equivalenti
- istruzione al corretto uso del device per BPCO o alla corretta misurazione della glicemia o della pressione arteriosa
- verifica presenza del piano posologico e, qualora non presente, invio paziente al MMG per la sottoscrizione
- somministrazione questionario sull'aderenza alla terapia
- invio paziente al MMG per valutare accorgimenti che possono contribuire a migliorare ulteriormente l'aderenza (es. cambio terapia/posologia)*

* Solo per i pazienti "non aderenti"

Firma sig./sig.ra
