

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

**ELENCO ATTIVITA' SVOLTE DAL FARMACISTA NEI CONFRONTI DEL PAZIENTE  
CHE NON HA ADERITO AL PROGETTO**

Farmacia \_\_\_\_\_ Cod. Prov. \_\_\_\_\_

Situata nel Comune di \_\_\_\_\_ (Prov .....)

Azienda ULSS territorialmente competente \_\_\_\_\_

In data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ sono state svolte le seguenti attività nei confronti del/lla  
sig./sig.ra \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

- descrizione dettagliata del progetto (ad es. importanza dell'aderenza alla terapia, obiettivi del progetto ecc..) e richiesta consenso all'adesione
- richiesta consenso apertura FSEr nel caso in cui non sia attivo
- registrazione consenso all'apertura del FSEr nel caso in cui non sia attivo

Firma sig./sig.ra

\_\_\_\_\_