



## **Ordinazione di medicamenti per la terapia COVID-19**

## Paziente (iniziali!)

### Anno di nascita

Ospedale

### Indirizzo di consegna

Medico curante (nome/cognome) / funzione\*

\*medico quadro medicina interna, infettivologia o medicina intensiva

## Indirizzo e-mail

### Numero di telefono

Medicamento (p.f. segnare con una crocetta)  1 confezione Kaletra® (Aluvia®) 200mg/50mg 120 cpr

1 confezione Plaquenil 200mg 30 cpr

Confermo che il paziente summenzionato soddisfa i criteri di trattamento per una terapia COVID-19 previsti dalla direttiva della Società svizzera di malattie infettive.

Data

Firma

Scansionare e inviare la richiesta debitamente compilata a: [eva.burkard-berther@san.gr.ch](mailto:eva.burkard-berther@san.gr.ch)

## Decisione

- via libera all'ordinazione / consegna secondo accordo
  - via libera negato: motivo

Nome, data, visto