

**Ministero della Salute**  
 D.G. Programmazione sanitaria – Ufficio 3

**QUESTIONARIO FARMACI “Look-Alike/Sound-Alike” LASA**  
 da restituire compilato alla casella: [Terapiaesicurezza pazienti@sanita.it](mailto:Terapiaesicurezza pazienti@sanita.it)

**Sezione 1. Segnalatore**

Nome e Cognome	.....
Regione/Provincia autonoma	.....
Azienda sanitaria/ Struttura sanitaria	.....
E-mail	.....

**Sezione 2. Coppia Farmaci LASA**

	<i>FARMACO 1</i>	<i>FARMACO 2</i>
<i>Nome commerciale (per esteso)</i>		
<i>Principio attivo</i>		
<i>Dosaggio</i>		
<i>Forma farmaceutica</i>		
<i>Azienda farmaceutica</i>		

**Sezione 3. Fattore confondente**

**3.1**  Similitudine del Nome

- Grafica
- Fonetica

**3.2**  Similitudine del Confezionamento

- Primario
- Secondario

**3.3**  Fattore confondente che riguarda:

- Farmaci con principio attivo diverso e Azienda farmaceutica diversa
- Farmaci con principio attivo diverso e Azienda farmaceutica uguale.
- Farmaci con principio attivo uguale e Azienda farmaceutica uguale (e dosaggio diverso).
- Farmaci con principio attivo uguale e Azienda farmaceutica diversa (dosaggio uguale).
- Farmaci con principio attivo uguale e Azienda farmaceutica uguale (forma farmaceutica diversa).

*Sono possibili risposte multiple*

*Descrivere brevemente la situazione di rischio*

.....  
.....

**Sezione 4. Luogo**

- Casa
- Ospedale/distretto
- Farmacia
- Ambulatorio MMG / PdF
- Altro luogo (specificare) \_\_\_\_\_

*Se disponibile allegare foto.*

*Grazie!*