

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

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!