**Ministero della Salute**

*D.G. Programmazione sanitaria – Ufficio 3*

**QUESTIONARIO FARMACI “Look-Alike/Sound-Alike” LASA**

***da restituire compilato alla casella: Terapiaesicurezzapazienti@sanita.it***

**Sezione 1. Segnalatore**

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

**Sezione 2. Coppia Farmaci LASA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *FARMACO 1* | *FARMACO 2* |
| *Nome commerciale (per esteso)* |  |  |
| *Principio attivo*  |  |  |
| *Dosaggio* |  |  |
| *Forma farmaceutica* |  |  |
| *Azienda farmaceutica* |  |  |

**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!*