

Codice Paziente	Centro	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
_____	_____	_____	_____	_____

I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.

Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente*:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No se si' compilare il modulo ministeriale
Dose/Die richiesta:	_____ mg (es 35.5 mg: usare il punto per inserire numeri decimali)
Dose totale richiesta*:	_____ mg (es 35.5 mg: usare il punto per inserire numeri decimali)
Data richiesta farmaco*:	___/___/___ (gg/mm/aaaa)
Data prevista per la somministrazione*:	___/___/___ (gg/mm/aaaa)
Farmacia di riferimento*:	<input type="radio"/> Farmacia Ospedaliera <input type="radio"/> Farmacia territoriale ASL di domicilio <input type="radio"/> Altra farmacia (altra Struttura, altra ASL, ecc.)

Si ricorda che l'invio telematico delle richieste di farmaco a Farmacie diverse da quella indicata come Farmacia di riferimento del Centro prescrittore è consentito, sotto la responsabilità del Centro prescrittore, nel rispetto delle norme vigenti nazionali e regionali relativamente alle singole specialità medicinali

 Nome del Medico

 Data

 Firma