

**I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.**

Codice identificativo Unico della Richiesta Farmaco	_____ (Compilato automaticamente dopo l'invio)
Si sono verificate reazioni avverse nella somministrazione precedente? *	Sì No Se si compilare il modulo ministeriale
Posologia*:	<input type="radio"/> Dose standard 1.23 mg/m <sup>2</sup> <input type="radio"/> I riduzione di dose 0.97 mg/m <sup>2</sup> <input type="radio"/> II riduzione di dose 0.62 mg/m <sup>2</sup>
Ciclo di trattamento*:	_____ Indicare a quale ciclo fa riferimento tale richiesta
Dose/Die richiesta:	_____ mg/m <sup>2</sup>
Dose totale richiesta*:	_____ mg
Data richiesta farmaco*	___/___/___ (gg mm aaaa)
Data prevista per la somministrazione*	___/___/___ (gg mm aaaa)
Farmacia di riferimento*	<a href="#">Farmacia Ospedaliera</a> <a href="#">Farmacia territoriale ASL di domicilio</a> <a href="#">Altra farmacia (altra Struttura, altra ASL, ecc.)</a>
Farmacia	_____
Si ricorda che l'invio telematico delle richieste di farmaco a Farmacie diverse da quella indicata come Farmacia di riferimento del Centro prescrittore e' consentito, sotto la responsabilita' del Centro prescrittore, nel rispetto delle norme vigenti nazionali e regionali relativamente alle singole specialita' medicinali	

 \_\_\_\_\_  
 Nome del Medico

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Firma