

**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<br>No<br>Se si compilare il modulo ministeriale  |
| Posologia*:   | <input type="radio"/> Dose standard 1.23 mg/m <sup>2</sup><br><input type="radio"/> I riduzione di dose 0.97 mg/m <sup>2</sup><br><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><br><a href="#">Farmacia territoriale ASL di domicilio</a><br><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