

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

Codice identificativo Unico della Richiesta Farmaco	_____ (Compilato automaticamente dopo l'invio)
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente*:	<a href="#">Sì</a> <a href="#">No</a>
Posologia*:	<a href="#">8 mg/kg</a> <a href="#">6 mg/kg</a>
Peso*:	_____ kg
Dose/Die richiesta:	_____ mg
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	