

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Codice identificativo Unico della Richiesta Farmaco	_____ (Compilato automaticamente dopo l'invio)
Posologia*:	320 mg/m2 280 mg/m2 250 mg/m2 200 mg/m2
Dose/Die richiesta:	_____ mg/m2
Dose totale richiesta*:	_____ mg
Data richiesta farmaco*	___ / ___ / ___ (gg mm aaaa)
Data prevista per la somministrazione*	___ / ___ / ___ (gg mm aaaa)
Farmacia di riferimento*	Farmacia Ospedaliera Farmacia territoriale ASL di domicilio Altra farmacia (altra Struttura, altra ASL, ecc.)
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