

**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?	Sì No Se sì compilare il modulo ministeriale
Posologia*:	<input type="radio"/> Dose standard 25 mg/m <sup>2</sup> <input type="radio"/> Riduzione di dose 20 mg/m <sup>2</sup>
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*	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