

MODULO DI RICHIESTA FARMACO

Codice Paziente _____	Centro _____	Iniz. Paz. _____	Data Registrazione _____	Data di Nascita _____
---------------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------------	---------------------------------

I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.

Precedenti somministrazioni di KEPIVANCE*	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Se precedenti somministrazioni, numero di Somministrazioni di Farmaco già ricevute*	_____
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente*	Sì No se si' compilare il modulo ministeriale
Dose/Die richiesta*:	_____
Dose totale richiesta*:	_____ mg (es 35.5 mg: usare il punto per inserire numeri decimali)
Data richiesta farmaco*:	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Data prevista per la somministrazione*:	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Farmacia di riferimento*:	<input type="radio"/> Farmacia Ospedaliera <input type="radio"/> Farmacia territoriale ASL di domicilio <hr/> <input type="radio"/> Altra farmacia (altra Struttura, altra ASL, ecc.)

Si ricorda che l'invio telematico delle richieste di farmaco a Farmacie diverse da quella indicata come Farmacia di riferimento del Centro prescrittore è consentito, sotto la responsabilità del Centro prescrittore, nel rispetto delle norme vigenti nazionali e regionali relativamente alle singole specialità medicinali

 Nome del Medico

 Data

 Firma