

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

Codice identificativo Unico della Richiesta Farmaco	_____ (Compilato automaticamente dopo l'invio)
Posologia*:	2 mg/m <sup>2</sup> una volta alla settimana 2 mg/m <sup>2</sup> due volte alla settimana
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*	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	