

## MODULO DI RICHIESTA FARMACO

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

**I campi contrassegnati dall'\* sono obbligatori.**

Precedenti somministrazioni di NEXAVAR*	<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* :	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <b>se si' compilare il modulo ministeriale</b>
Dose/Die richiesta:	_____ mg (es 35.5 mg: usare il punto per inserire numeri decimali)
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 <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