

**MODULO DI RICHIESTA FARMACO**

|                                 |                        |                            |                                    |                                 |
|---------------------------------|------------------------|----------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Codice Paziente</b><br>_____ | <b>Centro</b><br>_____ | <b>Iniz. Paz.</b><br>_____ | <b>Data Registrazione</b><br>_____ | <b>Data di Nascita</b><br>_____ |
|---------------------------------|------------------------|----------------------------|------------------------------------|---------------------------------|

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

|  |          |   |                      |                |                                |
|--|----------|---|----------------------|----------------|--------------------------------|
| Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente*  |          | Sì<br>No<br><b>se si' compilare il modulo ministeriale</b>  |                      |                |                                |
| Dose/Die richiesta:  |          | _____ mg<br>(es 35.5 mg: usare il punto per inserire numeri decimali)   |                      |                |                                |
| Dose totale richiesta *:   |          | _____ mg<br>(es 35.5 mg: usare il punto per inserire numeri decimali)   |                      |                |                                |
| Test di gravidanza*:   | Sì<br>No | Se sì, esito:   | Positivo<br>Negativo | Data del test: | ____/____/____<br>(gg/mm/aaaa) |
| Data richiesta farmaco*:   |          | ____/____/____ (gg/mm/aaaa)   |                      |                |                                |
| Data prevista per la somministrazione*:  |          | ____/____/____ (gg/mm/aaaa)   |                      |                |                                |
| Farmacia di riferimento*:  |          | <input type="radio"/> Farmacia Ospedaliera<br><input type="radio"/> Farmacia territoriale ASL di domicilio<br><input type="radio"/> Altra farmacia (altra Struttura, altra ASL, ecc.)<br>Struttura o Asl di appartenenza della Farmacia _____ |                      |                |                                |
| 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