

MODULO DI RICHIESTA FARMACO

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

I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.

Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente*		Sì No se si' compilare il modulo ministeriale			
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)			
Test di gravidanza*:	Sì No	Se sì, esito:	Positivo Negativo	Data del test:	____/____/____ (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 <input type="radio"/> Farmacia territoriale ASL di domicilio <input type="radio"/> Altra farmacia (altra Struttura, altra ASL, ecc.) 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