

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 per un ciclo di terapia di 21 giorni (1 ciclo = 21 giorni di trattamento, 525mg max, + 7 giorni di pausa) *:	_____ 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