

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Codice identificativo Unico della Richiesta Farmaco	_____ (Compilato automaticamente dopo l'invio)
Data richiesta*	___/___/___ (gg mm aaaa)
aggiustamento della dose in base alla pag. 2 e 3 del RCP farmaco	
Dose/die richiesta*	_____ 25 mg/die 50 mg/die 75 mg/die
Dose totale richiesta*	_____ mg
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	_____