



Centro	Codice Paziente	Nome Cognome	Data di nascita	Data di reg.
-----	-----	-----	--/--/----	--/--/----

RICHIESTA FARMACO	
<b>I campi contrassegnati con * sono obbligatori.</b>	
Codice identificativo Unico della Richiesta Farmaco	-- (Compilato automaticamente dopo l'invio)
Numero richiesta farmaco	_____
Data richiesta*	____/____/____ (gg mm aaaa)
Posologia raccomandata*	8 mg/kg Altro
Dose totale richiesta*	_____mg
Numero di cicli per cui si richiede tale dosaggio:	1 2 3
<b>(E)</b> Il paziente presenta infezioni gravi o sospette?*	Sì No
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	-----