AIFA
AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

REGISTRO DEI FARMACI ONCOLOGICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

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* :	○ Farmacia Ospedaliera ○ Farmacia territoriale ASL di domicilio _____ ○ 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