

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente*:	Si No Se si compilare il modulo ministeriale
Dose/die richiesta:	_____ mg
Dose totale richiesta*:	_____ mg
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.)
Farmacia	_____
Si ricorda che l'invio telematico delle richieste di farmaco a Farmacie diverse da quella indicata come Farmacia di riferimento del Centro prescrittore e' consentito, sotto la responsabilita' del Centro prescrittore, nel rispetto delle norme vigenti nazionali e regionali relativamente alle singole specialita' medicinali	

 Nome del Medico

 Data

 Firma