



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* :	Si 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)
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 <hr/> <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