

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Codice identificativo Unico della Richiesta Farmaco	_____ (Compilato automaticamente dopo l'invio)
Posologia	Una volta/settimana Due volte/settimana
Ciclo di trattamento:	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 Indicare a quale ciclo fa riferimento tale richiesta
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