

MODULO DI RICHIESTA FARMACO

Codice Paziente	Centro	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
_____	_____	_____	_____	_____

Eleggibili solo pazienti di età ≥ 18 anni

I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.

Precedenti somministrazioni di NEXAVAR* ☐ Sì ☐ No

Se precedenti somministrazioni, numero di Somministrazioni di Farmaco già ricevute* :

Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente* :

Sì
No

se si' compilare il modulo ministeriale

**Dose raccomandata: 800 mg/die
Per aggiustamenti della dose in
categorie particolari di pazienti o
a causa di reazioni avverse
controllare paragrafo 4.2 di RCP**

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)

Dose massima x richiesta: 22400 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.)

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