

MODULO DI RICHIESTA FARMACO

il trattamento continua fino a progressione di malattia.

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

dose/die max: 400 mg

se si' compilare il modulo ministeriale

Dose/Die richiesta:

_____ mg
(es 35.5 mg: usare il punto per inserire numeri decimali)

dose totale max: 16800 mg

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* :

- ☐ 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

NOTA BENE: La compilazione della presente scheda cartacea non sostituisce la prescrizione, la quale rimane realizzabile esclusivamente tramite la piattaforma web da parte degli specialisti abilitati alla prescrizione e all'utilizzo del sistema, tuttavia può essere utilizzata per tenere traccia temporanea delle registrazioni in caso di differimento della compilazione via web dei Registri di monitoraggio.

Nome del Medico

Data

Firma