



**MODULO RICHIESTA FARMACI
EXTRA PRONTUARIO OSPEDALIERO PER SINGOLO PAZIENTE (MOD 3)**

UNITA' OPERATIVA.....Data.....

SEZIONE A (a cura del medico prescrivente)

Nome e Cognome del paziente.....

data di nascitaM F cartella clinica n.....

Diagnosi.....data diagnosi.....

Farmaco(*principio attivo*):.....*Forma farmaceutica*.....:

Dose /die.....*Durata prevista del trattamento*

..... *n. cicli-(per antiblastici)*.....*Farmaco di I° II° III° linea*
(*specificare*).....

Motivazioni:.....

.....

.....

Il Medico richiedente

Il Direttore dell'U.O.

Firma (*leggibile*).....

Firma (*leggibile*).....

SEZIONE B (a cura del Servizio di farmacia)

1) Annotazioni sul principio attivo (farmaco):

.....

2) valutazione economica :

per singolo trattamento.....per cicli di terapia n.....

Data...../...../.....

Il Direttore del Servizio di Farmacia

SEZIONE C (a cura della Direzione Sanitaria)

Vista la richiesta e le informazioni riportate SI NON si autorizza l' acquisto del farmaco.

DATA/...../.....

Il Direttore Sanitario

(Dott.)

Quantità consegnata..... Data di consegna.....

Firma del Ricevente..... Firma del Farmacista.....