

Codice Fiscale Paziente _____

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ M F

Indirizzo di residenza _____ Tel. (1) _____
Tel. (2) _____

Indirizzo di consegna (se diverso dalla residenza) _____

Avvio Prosecuzione

Si richiedono i seguenti **FARMACI** (se le righe non sono sufficienti aggiungere un altro foglio)

Consegna ROUTINARIA Consegna URGENTE

Medico prescrittore			UOC Assist. Farm. Territoriale
Farmaco prescritto (da riportare in STAMPATELLO)	Farmaco indispens. e insostituib. ¹	Posologia ²	N. conf. consegn.
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		

¹ Barrare la casella per i medicinali non ricompresi nel Prontuario terapeutico Aziendale (PTA) che si ritengono indispensabili per il paziente (DGR 864/2020). Contestualmente alla prima richiesta del farmaco deve essere allegata una relazione che dia evidenza della letteratura scientifica a supporto dell'efficacia della scelta terapeutica effettuata.

² Durata massima di 60 giorni solo per le terapie croniche

Data / / _____ Timbro e firma del medico prescrittore _____

Recapito telefonico medico _____

Note:

Il modulo, debitamente compilato, va inviato alla mail farmaci.adimed@aulss8.veneto.it

Il farmacista validatore _____

L'operatore _____

Data allestimento: ____/____/____