

**MODULO PER LA RICHIESTA DI EROGAZIONE DIRETTA DI FARMACI**Al Distretto _____ sede di _____ centro di costo

--	--	--	--	--	--

Il sottoscritto, Dott. _____ Cod. Reg. _____
medico curante del paziente:_____
(cognome) _____ (nome) _____ (numero di telefono)Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ULSS di residenza

--	--

 Distretto di Residenza _____

Essendo in possesso di Piano Terapeutico rilasciato dal Centro autorizzato di: _____

con la diagnosi di: _____

C H I E D Ea favore del proprio paziente, l'erogazione
diretta del farmaco sotto riportato.

Data: ____/____/____

Timbro e firma del
Medico curante

Principio attivo	dosaggio	posologia	gg.di terapia	N° conf.
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

(riservato al Servizio di Farmacia Ospedaliera)

(spazio per le fustelle)

DATA DI SPEDIZIONE ____/____/____/

Timbro del Distretto recante la data di consegna**Firma per ricevuta del paziente****Responsabile del Procedimento: Dr. Alessandro Dacomo**

Referente procedura: Dino Pressanto

Tel. 0444-753484 Fax 0444-753941

e mail: segreteria.farmacia@ulssvicenza.it