



Richiesta motivata per singolo paziente

Patologia: _____

Data: _____

Unità Operativa: _____ Centro di costo: _____

Etichetta id paziente

Cognome: _____
 Nome: _____
 Codice fiscale: _____

Per il paziente su indicato si richiede il seguente medicinale non compreso nel PTA:

principio attivo: _____ forma farmaceutica _____

via di somministrazione: _____ dose/die _____

durata prevista del trattamento: _____

Piano Terapeutico rilasciato da _____ il _____

Per le seguenti motivazioni:

a) esigenza per un particolare tipo di malattia o di paziente (specificare): _____

b) proseguimento terapia domiciliare

c) farmaco per cui è definito il carattere di particolare innovatività terapeutica (allegare relazione clinica)

d) Altro (specificare): _____

Il Medico richiedente

 (timbro, codice regionale e firma)

RI SERVATO ALLA FARMACIA

Unità posologiche consegnate: _____ ATC _____

Note: _____

IL FARMACISTA _____