

**RICHIESTA DI FARMACI PER SINGOLO PAZIENTE NON COMPRESI NEL PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO REGIONALE**

NOMINATIVO PROPONENTE .....  
AZIENDA OSPEDALE .....  
REPARTO .....  
DATA .....

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE (iniziali, o sigla identificativa, o n. cartella clinica) .....

FARMACO RICHIESTO .....  
FORMA FARMACEUTICA .....  
VIA DI SOMMINISTRAZIONE .....

DOSE/DIE .....

DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO .....

MOTIVAZIONE  
.....  
.....  
.....  
.....

Esigenza per un particolare tipo di patologia o di paziente, o per continuità terapeutico - assistenziale:  
.....  
.....  
.....  
.....

Specialità medicinale di nuova registrazione  
.....

IL DIRETTORE di U.O.

IL DIRETTORE SANITARIO