

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