Al Direttore Medico di Presidio/Direttore di Distretto

SEDE

**MODULO PER LA RICHIESTA MOTIVATA PERSONALIZZATA DI FARMACI NON PRESENTI IN PTA/PTR**

**Unità Operativa: ………………………………………………………………….**

**e-mail: ………………………………………………………… tel. …………………….**

**Richiesta per singolo paziente farmaco non in PTA PTR**

* **Non urgente**
* **Urgente (allegata relazione clinica redatta secondo lo schema di riferimento)**

kkk

|  |
| --- |
| **SEZIONE A** ( a cura del medico prescrivente) |

Nome e Cognome del paziente ……………………………………. Data di nascita …………… M F

n.cartella clinica ………………… Diagnosi ……………………………………. Data diagnosi …………………….

FARMACO (PRINCIPIO ATTIVO): ……………………………………………………………………..

FORMA FARMACEUTICA: ………………………………………………………………….

Dose/die ………………………. Durata prevista del trattamento ……………………………….

Motivazioni: ………………………………………………………………………………………………………….

Il farmaco viene somministrato in regime di: ricovero ordinario day hospital ambulatoriale

x

Altro

Diagnosi primaria (ICD10) ………………………………………………………….

Data ……………………..

Firma del medico ………………………………. Firma del Direttore dell’U.O. ……………………..

|  |
| --- |
| **SEZIONE B** (a cura della farmacia) |
| FARMACO RICHIESTO (principio attivo) | ………………………………………………………………..Classe di rimborsabilità: A H Classificazione per la fornitura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Forma farmaceuticaDose giornaliera/Dose per ciclo/Dose per singolo trattamento | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Farmaci alternativi presenti in prontuario (principio attivo) | …………………………………………………………………………………………………………………………………… |

Il Farmacista ………………………………..

|  |
| --- |
| **SEZIONE C** (a cura della Direzione Medica di Presidio/Direttore di Distretto) |

Si autorizza

Non si autorizza

Vista la richiesta e le informazioni riportate l’acquisto del farmaco

Data …………………….. Il Direttore Medico del Presidio/Direttore di Distretto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **SEZIONE D** (dispensazione a cura della farmacia) |

Quantità consegnata ……………………………………….... Data di consegna ………………....................

Firma del ricevente …………………………………………… Firma del Farmacista ………………