

U.O. FARMACIA HFA HFA2	IRCCS AOU San Martino – IST		MODAZHFA_0042		
	MODULO AZIENDALE RICHIESTA PER APPROVVIGIONAMENTO FARMACI FASCIA A NON IN PRONTUARIO PER CONTINUITA' TERAPEUTICA		Rev. 2	Data	Pag 1 di 1

DATA.....

ORARIO.....

TELEFONO DA CONTATTARE.....

**Timbro Reparto e CDC**

.....

DESCRIZIONE E CENTRO DI COSTO

.....

INIZIALI PAZIENTE.....

DATA DEL RICOVERO.....

**FARMACO RICHIESTO** .....

**principio attivo**.....

**dosaggio**.....

**forma farmaceutica (cpr/fiala/flacone)**.....

**PROSECUZIONE TERAPIA DOMICILIARE**

**SI**            **NO**

(Se NO specificare prescrittore/inviare consulenza)

**URGENTE**    **SI**    **NO**

**MOTIVAZIONE DELLA NON SOSTITUIBILITA' CON MOLECOLE PRESENTI IN PRONTUARIO:**

.....

.....

.....

**Inviare modulo compilato e firmato ENTRO le ore 11,00 al fax U.O. Farmacia n.6981 per approvvigionamento entro la giornata**

**Timbro e firma  
Medico Strutturato**

Redatto U.O.	Controllato RAQ U.O.	Approvato Direzione U.O.
-----------------	-------------------------	-----------------------------

