

**AZIENDA U.S.L. DI PESCARA****DR 01 PO 01/562****RICHIESTA ALLESTIMENTO FARMACI**

Rev 04/2014

Pag 1 di 1

Mod. 1

UNITA' RICHIEDENTE: _____

CDC _____

DATI PAZIENTE

COGNOME E NOME: _____

SESSO: M F

RESIDENZA _____

DATA NASCITA: _____

DOSE FISSA

H: _____

P: _____

SC: _____

DIAGNOSI: _____

STADIO: _____

PROGRAMMA TERAPEUTICO

PROTOCOLLO: _____

DATA INIZIO TERAPIA: _____

(ORA): _____

Principio Attivo	Dose/mq	Mg tot.	Giorni	Diluente	Infusione	Note/AIFA

 DA CONFERMARE CONFERMATA

Nome e Cognome Medico prescrittore _____

Firma _____

 OFF LABEL Cod.: _____ L. 648/96 e SMEI PROTOCOLLO SPERIMENTALE n. _____

Il consenso informato, firmato dal paziente, è conservato in cartella medica presso la UO. La letteratura scientifica relativa è conservata presso la UO. La terapia sarà somministrata sotto la diretta responsabilità dei medici della UO.

Nome e Cognome Medico prescrittore _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE UFA

Richiesta pervenuta:

 In Tempo In Ritardo In giornata Pervenuta conferma dal medico prescrittore

Firma: _____

Eseguito riesame completezza richiesta+inserimento dati

Firma: _____

Richiesta: Conforme NON Conforme

Rif NC: _____

GIORNI DI TERAPIA

MESE 1										MESE 2																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Inviare via fax firmato al 2355. Per informazioni rivolgersi al 2354



AZIENDA U.S.L. DI PESCARA

DR 01 PO 01/562

RICHIESTA ALLESTIMENTO FARMACI

Rev 04/2014

Pag 2 di 1

Mod. 1