



**AZIENDA U.S.L. DI PESCARA**

**DR 06 PO 01/562  
ONCOLOGIA**

**RICHIESTA FARMACI AD ALTO COSTO**

Rev 04/2014

Pag 1 di 1

**Mod.3**

UNITA' RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_

CDC \_\_\_\_\_

**DATI PAZIENTE**

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_

SESSO:  M  F

RESIDENZA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INDICAZIONE  
TERAPEUTICA \_\_\_\_\_

STADIO: \_\_\_\_\_

**FARMACO RICHIESTO**

- ALIMTA 1 FL POL.500 mg \_\_\_\_\_
- AVASTIN 100 MG \_\_\_\_\_
- AVASTIN 400 MG \_\_\_\_\_
- CAELIX 2 MG/ML 10 ML \_\_\_\_\_
- HALAVEN 0.44 \_\_\_\_\_
- MABTHERA 500 MG \_\_\_\_\_
- MABTHERA 100 MG \_\_\_\_\_
- MYOCET 2 SET/50 MG \_\_\_\_\_
- MUPHORAN 208 MG – POLV.- FL. \_\_\_\_\_
- VELCADE 3,5 MG 10 ML \_\_\_\_\_
  
- ALTRO \_\_\_\_\_

Nota: la richiesta dei farmaci **in grassetto** deve essere preceduta dalla registrazione sul sistema monitoraggio farmaci Onco-Aifa. Successivamente compilare il presente modulo specificando il codice di registrazione per accedere all'acquisto del farmaco.

Nome e Cognome Medico prescrittore

Firma

**PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA**

Acquisto farmaco:

N° Ordine

Data

**Farmacista**

Firma: \_\_\_\_\_

Inviare via fax firmato al. Per informazioni rivolgersi al