

RICHIESTA FARMACI A CARATTERE DI URGENZA NON COMPRESI IN PTOR E/O PTOA

IL sottoscritto Dr. _____	Qualifica _____
dell'AF _____	DAI _____
Prot. n° _____	Reparto _____
	Cod. Strutt. _____

CHIEDE

Al Direttore Sanitario

Per il paziente _____

Data di nascita _____ Cartella Clinica n° _____

Il Farmaco (**nome commerciale**) _____

Principio attivo _____ Dosaggio _____ Q.tà _____

Farmaco non presente in PTOR

Farmaco presente in PTOR ma non presente in PTOA

Durata prevista del trattamento: _____

Per l'indicazione terapeutica: _____

I Farmaci presenti nel PTOA o nel PTOR non sono prescrivibili al paziente perché:

- Inefficaci (specificare) _____
- Controindicati (specificare) _____

Si ricorda che, entro 5 giorni dalla consegna del modulo "richiesta a carattere d'urgenza", è necessario fornire alla Direzione Sanitaria, una documentazione, in formato pdf, a supporto dell'indispensabilità, dell'insostituibilità e dell'urgenza del farmaco richiesto, controfirmata dal Direttore del DAI di appartenenza.

Data _____

Il Medico Richiedente
(firma leggibile e timbro)

Compilazione a cura della Direzione Sanitaria

Si autorizza il Direttore di Farmacia all'erogazione del farmaco su indicato	
Data _____	Il Direttore Sanitario

NB. Una volta ottenuta l'autorizzazione per la richiesta di farmaci a carattere d'urgenza, sarà **cura del richiedente** provvedere alla consegna, pro manibus, di tale modulo alla farmacia centralizzata.