



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II

UOC di Farmacia Centralizzata
farmacia.centralizzata@unina.it

Prot.
Allegati 2



Ai Direttori dei DAI

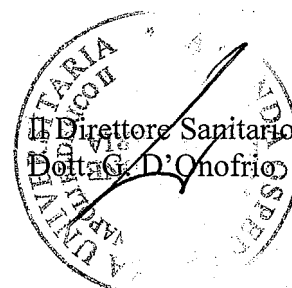
Oggetto: richiesta registro e bollettari per la gestione dei farmaci stupefacenti

Facendo seguito alla nota Prot. 19479 del 11/12/2015 e alla luce dell'ultimo P.O.F.A., al fine di armonizzare la gestione dei farmaci stupefacenti da parte delle UOC, UOSD e Aree di Monitoraggio identificate con un Centro di Costo, preesistenti o di nuova istituzione, si ricorda che tutte le aree di degenza ed i blocchi operatori devono dotarsi di:

- Registro di carico e scarico stupefacenti
- Bollettario in triplice copia per richiesta sostanze stupefacenti e bollettario in triplice copia per la restituzione sostanze stupefacenti inutilizzate o scadute
- Armadietto chiuso a chiave per la custodia dei farmaci stupefacenti

Il registro carico e scarico stupefacenti ed i bollettari vanno richiesti alla Farmacia esclusivamente con i modelli predisposti allegati alla presente, compilati in ogni loro parte.

Il Direttore dell'U.O.C. di Farmacia
D.ssa A. Vozza





AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II

UOC di Farmacia Centralizzata
farmacia.centralizzata@unina.it

Alla UOC di Farmacia Centralizzata

Modulo richiesta di Registro Carico e Scarico Stupefacenti ai sensi del DPR 390/90 e ss.mm.ii.

Il sottoscritto Prof./Dott. _____ Direttore dell'UOC/UOSD/Programma

Centro di Costo _____ ubicato presso l'edificio _____ piano _____

CHIEDE

la consegna del Registro di Carico e Scarico Stupefacenti per la seguente motivazione:

- Smarrimento e/o sottrazione di precedente registro come da allegata denuncia
- Vidimazione per esaurimento precedente registro
- UOC/UOSD/Programma di nuova istituzione

Delego il Dott./Sig. _____ al ritiro del Registro.

Data

Timbro e firma del Direttore

Da compilare a cura della UOC di Farmacia:

In data _____ si consegna il Registro Carico e Scarico Stupefacenti al
Dott./Sig. _____

Firma del Farmacista

Firma per ricevuta



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II

UOC di Farmacia Centralizzata
farmacia.centralizzata@unina.it

Alla UOC di Farmacia Centralizzata

Modulo richiesta di Bollettari in triplice copia per approvvigionamento o restituzione dei farmaci stupefacenti ai sensi del DPR 390/90 e ss.mm.ii.

Il sottoscritto Prof./Dott. _____ Direttore dell'UOC/UOSD/Programma

Centro di Costo _____ ubicato presso l'edificio _____ piano _____

CHIEDE

- La consegna di un bollettario in triplice copia per la richiesta di farmaci stupefacenti
- La consegna di un bollettario in triplice copia per la restituzione di farmaci stupefacenti inutilizzati o scaduti

Delego il Dott./Sig. _____ al ritiro del bollettario.

Data

Timbro e firma del Direttore

Da compilare a cura della UOC di Farmacia:

In data _____ si consegna il bollettario gestione stupefacenti

Dott./Sig. _____

Firma del Farmacista

Firma per ricevuta