

RICHIESTA FARMACI A CARATTERE DI URGENZA NON COMPRESI IN PTR

| | |
|---|--------------------|
| Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ | Qualifica _____ |
| dell'UOC/DAI _____ | |
| Matricola N° _____ | Cod. Strutt. _____ |

CHIEDE

Al Direttore Sanitario

Per il paziente _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____ Cartella Clinica n° _____

Il Farmaco (**nome commerciale**) _____

Principio attivo _____ Dosaggio _____ Q.tà _____

Farmaco non presente in PTR

Durata prevista del trattamento: _____

Per l'indicazione terapeutica: _____

I Farmaci presenti nel PTR non sono prescrivibili al paziente perché:

o Inefficaci (specificare) _____

o 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 dell'UOC Farmacia Centralizzata all'erogazione del farmaco sopraindicato | |
| 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 UOC Farmacia Centralizzata.