



RICHIESTA DI ALLESTIMENTO PREPARAZIONI GALENICHE MAGISTRALI

(L. 94 08 aprile 1998, art. 5)

Alla UOC Farmacia – UOS Galenica Clinica - Laboratorio Galenica Non Sterile (fax 4830)

CdC (denominazione):

CdC (codice):

Persona assistita:

Sesso: M F

Data di nascita:

Peso (kg):

R.I.

Il sottoscritto Dott. chiede l'allestimento della seguente preparazione galenica magistrale (indicare la **COMPOSIZIONE** quali - quantitativa):

FORMA FARMACEUTICA:.....

DURATA DELLA TERAPIA (max. 15 giorni): ...

POSOLOGIA GIORNALIERA: DOSE SINGOLA

1 VOLTA / DIE 2 VOLTE / DIE 3 VOLTE / DIE ... VOLTE/ DIE

Sono note **INTOLLERANZE/ALLERGIE** ad alcuni eccipienti (es. lattosio, amido di mais, ...)? SI NO

Se sì, specificare quali:

Il sottoscritto, dichiara che l'impiego avverrà sotto la sua diretta e personale responsabilità per la **seguente INDICAZIONE:**

(se la preparazione viene impiegata per indicazioni terapeutiche non corrispondenti a quelle dei medicinali industriali autorizzati a base dello stesso principio attivo, compilare il Modulo n° 12 FAR)

.....

Data:

Il Medico *(firma e timbro)* _____

SPAZIO RISERVATO ALLA FARMACIA		
Prep. N. _____	Q.tà consegnata _____	Il Farmacista _____ <i>(firma e timbro)</i>
Data di consegna _____	Firma per ricevuta _____	