

**RICHIESTA DI ALLESTIMENTO PREPARAZIONI GALENICHE MAGISTRALI PER INDICAZIONI  
TERAPEUTICHE DIVERSE DA QUELLE DEI MEDICINALI INDUSTRIALI AUTORIZZATI A BASE  
DELLO STESSO PRINCIPIO ATTIVO**

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

Alla UOC Farmacia – UOS Galenica Clinica

(fax 4830 – 4898 chemioterapici antitumorali)

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 **seguito INDICAZIONE:**

.....

Il sottoscritto, dichiara, in base a dati documentabili, che il paziente non può essere utilmente trattato con medicinali autorizzati e che tale impiego del medicinale è noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale. Dichiara, infine, di aver informato il paziente e di averne acquisito il consenso.

Data:

Il Medico (firma e timbro) \_\_\_\_\_

Visto: Il Direttore UOC \_\_\_\_\_  
(firma e timbro)Visto: Il Direttore Sanitario \_\_\_\_\_  
(firma e timbro)**SPAZIO RISERVATO ALLA FARMACIA**Prep. N. \_\_\_\_\_ Q.tà consegnata \_\_\_\_\_ Il Farmacista \_\_\_\_\_  
(firma e timbro)

Data di consegna \_\_\_\_\_ Firma per ricevuta \_\_\_\_\_