



**A  RICHIESTA DI FARMACI NON COMPRESI NEL P.T.O.  
B  GESTITI IN PRONTUARIO IN CONTO/DEPOSITO – NON  
RICHIEDIBILI CON RICHIESTA INFORMATIZZATA**

ALLA UOC FARMACIA

Data.....

Codice Centro di Costo .....

Denominazione Centro di Costo .....

Persona assistita (iniziali cognome e nome)..... RI ..... Data di nascita .....

Affetto da: .....

**Farmaco richiesto:**

Denominazione	Forma Farmaceutica e dosaggio	dose/die	Durata prevista del trattamento
.....			
.....			
.....			

Motivo per il quale si ritiene insostituibile il farmaco: (da compilare solo nel caso A)

.....

IL DIRIGENTE MEDICO

.....  
Firma e timbro

**Riservato alla Farmacia**

Codice : .....

IL FARMACISTA

Quantità consegnata: .....

.....  
Firma e timbro

Per ricevuta .....