

ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS

MODULO PER LA RICHIESTA MOTIVATA DI MEDICINALI

REPARTO _____ CC _____ tel. _____

Cognome e nome Paziente _____

Regime di Somministrazione del Farmaco: Ricovero D.H. Ambulatorio

Il farmaco richiesto È' presente in PT * Non è presente in PT

Nome Commerciale _____

Forma Farmaceutica _____ Dosaggio _____

Posologia _____ Durata del trattamento _____

Diagnosi e relazione circostanziata (aggiungere eventuali fogli di relazione)

il farmaco è utilizzato secondo le indicazioni ministeriali;

il farmaco non è utilizzato secondo le indicazioni ministeriali;

Il Sottoscritto Medico Dr. _____ in servizio presso l'U.O. _____, dichiara di assumersi la responsabilità nella prescrizione del farmaco suindicato, che sarà impiegato per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata dal Ministero della Salute, in difetto di valide alternative terapeutiche, e previa acquisizione del consenso informato da parte del paziente suindicato. Si precisa, inoltre, che esiste letteratura scientifica accreditata a supporto della terapia sperimentale che si intende somministrare

Firma del Medico Prescrittore

Firma del Responsabile della U.O.

Compilare solo per la richiesta di antibiotici e antimicotici

PROFILASSI CHIRURGICA

TERAPIA MIRATA

TERAPIA RAGIONATA

CONSULENZA INFETTIVOLOGICA del
Medico Dr. _____

*** Il farmaco richiesto non è presente in Prontuario Terapeutico**

il farmaco di fascia A-H è richiesto per la continuazione del trattamento da domicilio o da altro Ospedale

il farmaco di fascia A-H non è sostituibile con altri presenti in PT;

altro:

Firma del Medico Prescrittore

Firma del Responsabile di U.O

Data: _____

note farmacia

Il farmacista _____