

Regione Veneto – Istituto Oncologico Veneto – IRCSS Mod1-P_distr Farm
SCHEDA SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI (FILE F) – versione 00

UNITA' OPERATIVA _____ CODICE UNITA' OPERATIVA _____

MODALITA' DI ACCESSO ALLA PRESTAZIONE (barrare):

DIMISSIONE DA RICOVERO O DH

DIMISSIONE DA VISITA SPECIALISTICA

COGNOME _____ NOME _____ SESSO _____

DATA DI NASCITA _____ CF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV _____

ULSS _____ REGIONE _____

DIAGNOSI e note:

SPECIALITA'		Posologia	Fascia erogab.	Durata trattamento
ARANESP 150 mcg fiala siringa	<input type="checkbox"/>		A-PT 12	
ARIMIDEX 1 mg 28 cpr	<input type="checkbox"/>		A-PT	
AROMASIN 25 mg 30 cpr	<input type="checkbox"/>		A-PT	
DECAPEPTYL fiala im	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3.75 mg <input type="checkbox"/> 11.25 mg	A 51 PT	
ENANTONE fiala im	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3.75 mg <input type="checkbox"/> 11.25 mg	A 51 PT	
EPREX 40.000 UI fiala siringa	<input type="checkbox"/>		A-PT 12	
FASLODEX 250 mg fiala siringa	<input type="checkbox"/>		H OSP 2	
GLIVEC 100 mg 120 cps	<input type="checkbox"/>		H OSP 2	
GRANOCYTE 34 fiala siringa	<input type="checkbox"/>		A 30 PT	
IPSTYL fiala siringa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 30 mg <input type="checkbox"/> 60 mg <input type="checkbox"/> 120 mg	A 40 PT	
NAVOBAN 5 mg 5 cps	<input type="checkbox"/>		A 57	
NEORECORMON 30.000 U F-sir	<input type="checkbox"/>		A-PT 12	
NEXAVAR 200 mg 112 cps	<input type="checkbox"/>		H OSP 2 Onco AIFA	
NOLVADEX 10 mg 30 cps	<input type="checkbox"/>		A	
SANDOSTATINA LAR fiala im	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10 mg <input type="checkbox"/> 20 mg <input type="checkbox"/> 30 mg	A 40 PT	
SUTENT 12,5 mg 30 cps	<input type="checkbox"/>		H OSP 2	
SUTENT 50 mg 30 cps	<input type="checkbox"/>		Onco-AIFA	
TARCEVA 30 cpr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 100 mg <input type="checkbox"/> 150 mg	H OSP 2 Onco AIFA	
TEMODAL 20 mg 5 cps	<input type="checkbox"/>		H OSP 2	
TEMODAL 100 mg 5 cps	<input type="checkbox"/>			
TEMODAL 250 mg 5 cps	<input type="checkbox"/>			
XELODA 500 mg 120 cpr	<input type="checkbox"/>			
XELODA 150 mg 60 cpr	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			

Timbro personale e firma del medico prescrittore _____ data _____