



U.O.A. ASSISTENZA FARMACEUTICA

- **RICHIESTA FARMACI NON PRESENTI NEL PTA**
- **RICHIESTA MOTIVATA PER FARMACI PRESENTI NEL PTA**

DATA.....

REPARTO.....CDC.....

NOME PAZIENTE.....

FARMACO RICHIESTO.....

DOSAGGIO.....FORMA FARMACEUTICA.....

POSOLOGIA/DIE.....

DURATA PRESUNTA DEL TRATTAMENTO.....

DIAGNOSI.....

MOTIVAZIONE.....

COMPILARE SOLO PER GLI ANTIBIOTICI NON PRESENTI NEL PTA

TERAPIA EMPIRICA

TERAPIA MIRATA SU ANTIBIOGRAMMA (allegare copia)

PROFILASSI CHIRURGICA

ALTRO (specificare).....

FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE.....

FIRMA DEL PRIMARIO.....

QUANTITA' CONSEGNATA.....

DATA.....

IL FARMACISTA.....