



## RICHIESTA MEDICA PERSONALIZZATA

UNITA' OPERATIVA \_\_\_\_\_ CDC \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

<b>DATI DEL PAZIENTE</b> NOME: COGNOME: ETA': _____ PESO: _____ SESSO:     M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> DATA DI NASCITA: _____	CARTELLA CLINICA N°:  PATOLOGIA:
--	--

<b>NOME DEL FARMACO:</b> <b>PRINCIPIO ATTIVO:</b> <b>FORMA FARMACEUTICA:</b>
--

<b>DOSE/DIE:</b>
------------------

<b>DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO:</b>
---

Specificare le esigenze per un particolare tipo di malattia o di paziente:
--

<b>Nota da Prontuario Terapeutico Regionale (RMP)</b>

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA				
Data di consegna	Consegna		N°di lotto	Scadenza
	Evaso tot. n°	Evaso parz. n°		
			Il medico prescrivente: <i>(Firma e Timbro)</i>	

Firma del ricevente:	Firma del Farmacista