**Alla Direzione sanitaria AOU Sassari**

**Oggetto**: **Richiesta di farmaci non presenti in Prontuario** (Modulo da compilarsi su carta intestata dell'Unità operativa richiedente)

**Data della richiesta: _____**

**Cognome e Nome del paziente: _____**
**Sesso _____ Età _____Codice fiscale:_____**

**Motivo e durata presunta del ricovero**:
_____

**Trattamenti inerenti la patologia:**
_____
_____

**Patologie concomitanti**:
_____
_____

**Trattamenti richiesti per le patologie concomitanti:**
**Principio attivo: _____ Posologia: _____**
**Durata prevista del trattamento: _____**

**Continuità terapeutica**
**Nuovo trattamento**
_____
_____
(specificare la motivazione, eventualmente allegare una breve relazione o documentazione scientifica che giustifichi la richiesta)

**Timbro e firma leggibile del medico**

**Vista la documentazione allegata, si esprime il seguente parere alla fornitura del farmaco**

□ **Favorevole** □ **Non favorevole** _____
(specificare la motivazione)

**Timbro e firma del medico di presidio**