



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

L'utilizzo di farmaci non compresi nel PTR non deve essere una prassi routinaria ma riservata a situazioni particolari. Tali situazioni devono essere giustificate dalla compilazione del presente modulo.

Se si rileva la necessità di un uso frequente di uno specifico principio attivo, ne dovrà essere fatta richiesta di inserimento in PTR utilizzando l'apposita modulistica.