AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI SASSARI

Modello prescrittivo per erogazione di farmaci in regime ambulatoriale

(Legge n. 405 del 16/11/01)

C D C .....

Assistito ..... Data di nascita .....
(cognome e nome)

Comune di Residenza..... N. Telefono..... CF.....

PROSSIMA VISITA_____

TERAPIA PRESCRITTA				PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA
FARMACO (forma farmaceutica e dosaggio)	**L. 648/96** (se prevista)	**NOTA AIFA** (se prevista)	**POSOLOGIA** (die)	Unità posologiche consegnate

Validità prescrizione (mesi) **Data prescrizione** **Timbro e firma del Medico**

_____ _____ _____

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA

NOTA BENE: In caso di sospetta reazione avversa ad uno dei farmaci in uso contattare il medico prescrittore o il farmacista

Il Farmacista Il paziente o altra persona delegata

_____ _____