



**Modello prescrittivo per erogazione di farmaci in regime ambulatoriale**

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

Reparto.....  
 Nome e cognome.....Data di nascita.....  
 N. Telefono.....CF.....

TERAPIA PRESCRITTA		
FARMACO (forma farmaceutica e dosaggio)	L. 648/96/ NOTA AIFA (se prevista)	POSOLOGIA (die)

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA		
Dispensazione del	Dispensazione del	Dispensazione del

Data prescrizione\_\_\_\_\_ Firma Farmacista\_\_\_\_\_

DATA PROSSIMO CONTROLLO	DATA PROSSIMO CONTROLLO	DATA PROSSIMO CONTROLLO

Timbro e firma del Medico \_\_\_\_\_ Il paziente o altra persona delegata \_\_\_\_\_

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