



MODULO DI RICHIESTA MEDICINALE ANTIDOTO

C/A FARMACIA OSPEDALIERA
e-mail: farmacia.ospedaliera.ssa@aouss.it

Unità Operativa _____

Direttore S.C./Dirigente Medico _____

Data _____

SEZIONE A (*antidoti di priorità 1 e antistravaso*)

Si chiede il ripristino della scorta del medicinale antidoto di priorità 1/antistravaso
_____ nella quantità di (n°cpr/fiale) _____

per la seguente motivazione:

- utilizzo (iniziali paziente) _____ data di nascita _____
indicazione _____
- cessione ad altra Unità Operativa (allegare Modulo 4)
- scaduto

SEZIONE B (*antidoti di priorità 2-3-4*)

Si chiede la fornitura del medicinale antidoto _____
forma farmaceutica _____ dosaggio _____
nella quantità di (n°cpr/fiale) _____

per la seguente indicazione:

per il paziente (iniziali cognome e nome) _____ data di nascita _____
posologia _____ durata del trattamento (giorni) _____

N.B.: TALE RICHIESTA DEVE ESSERE INVIATA VIA MAIL (farmacia.ospedaliera.ssa@aouss.it) E PREVENTIVAMENTE CONCORDATA CON LA FARMACIA.

Timbro e Firma Medico richiedente

Parte riservata alla Farmacia

Si consegnano n° _____ dell'antidoto sopra indicato
(AIC _____ lotto _____ scadenza _____)

Data _____

Firma Farmacista
