



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI SASSARI

**MODULO DI RICHIESTA MEDICINALE ANTIDOTO PRIORITA' 1 o
ANTIDOTO ANTISTRVASO**

Unità Operativa _____

Direttore U.O./Dirigente Medico _____

Data _____

Si chiede la cessione del medicinale:

Alla C.A. del Direttore della S.C. Medicina emergenza-urgenza

- Antidoto di priorità 1** _____
nella quantità di (n°cpr/fiale) _____
paziente (iniziali nome e cognome) _____ data di nascita _____
indicazione _____

Alla C.A. del Direttore della S.C. Oncologia Medica
Alla C.A. del Direttore della S.C Ematologia

- Antidoto antistravaso** _____
nella quantità di (n°flaconi/fiale) _____
paziente (iniziali nome e cognome) _____ data di nascita _____
indicazione _____

Timbro e Firma Medico richiedente
