

N.B. Compilare tutti i campi previsti ed esclusivamente in carattere stampatello

Al Direttore UOC Assistenza Farmaceutica
Ospedali Area Sud
Dr.ssa Stefania Cascone

Il sottoscritto/a Dr/Dott.ssa.....

Medico presso U.O..... Tel. Email

Per Uso : Ambulatoriale Unità Operativa

Il sottoscritto, dichiara che l'impiego avverrà sotto la sua diretta e personale responsabilità per la seguente

INDICAZIONE:.....

PRESCRIVE LA SEGUENTE PREPARAZIONE MAGISTRALE per uso orale topico iniettivo

(Art. 5 commi 1 e 2 Legge 8 Aprile 1998 N° 94)

indicare la **composizione quali – quantitativa**

.....
.....

Fai secondo Norme di Buona Preparazione dei Medicinali in Farmacia

Forma farmaceutica: **Volume finale/ n° di unità**

Durata della terapia *(max 30giorni)*

Posologia giornaliera:

Si richiede tale preparazione per il giorno.....

Il laboratorio galenico si impegna a rispettare la scadenza, ma si riserva un prolungamento dei tempi qualora le sostanze necessarie per l'allestimento non fossero disponibili

Qualora non fosse possibile utilizzare il principio attivo, chiedo di utilizzare il medicinale di origine industriale sottoindicato, regolarmente autorizzato all'immissione in commercio e contenente lo stesso principio attivo poiché la preparazione è indispensabile ed il paziente è in stato di necessità

in caso di mancata indicazione il farmacista utilizzerà il medicinale disponibile presso l'UOC Farmacia o ritenuto più idoneo per la preparazione.

N.B. Tale prescrizione ha validità di trenta giorni per un massimo di una spedizione

Data.....

Timbro e firma Medico Specialista Ospedaliero