

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.....

Farmacista presso Tel. Email

Richiede per il paziente nato il A Sesso.....

Codice Fiscale.....

Diagnosi:.....(Se paziente affetto da malattia rara, indicare codice patologia)

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:

☐ **PRESCRIZIONE OFF-LABEL** (Legge 94/98): *il sottoscritto, dichiara, in base a dati documentabili, che il paziente non può essere utilmente trattato con medicinali autorizzati e che tale impiego del medicinale è noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale ed esistono dati favorevoli di sperimentazione clinica almeno di fase seconda; dichiara, infine, di aver informato il paziente e di averne acquisito il consenso.*

Assegnato con protocollo n° del

A tal fine si allega Ricetta magistrale per la quale è stata verificata la presenza dei seguenti formalismi (secondo F.U.)

- ☐ Nome, cognome , n° di iscrizione albo, recapito, timbro e firma medico,
- ☐ Nome, cognome, codice fiscale o codice alfanumerico (in caso di off-label) e recapito paziente
- ☐ Composizione quali-quantitativa, posologia, prescrizione
- ☐ Data ricetta valida e tipologia di ricetta ☐RR (tab.n°4 F.U. max 6mesi) ☐RNR (Tab. n°5 F.U. max 30giorni)
- ☐ Eventuali intolleranze/allergie, patologie metaboliche e/o Diabete (se presenti specificarne l'entità)

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

La consegna sarà effettuata tramite modulo M85E

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.

Data.....

Timbro e firma Farmacista