

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.

Per il paziente nato il..... A C.F..... Sesso.....

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

DIAGNOSI:.....

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:

Sono note **INTOLLERANZE/ALLERGIE** ad alcuni eccipienti *(es. lattosio, amido di frumento...)*

☐ NO ☐ SI (specificare quali)

☐ Malattia metabolica e/o Diabete (specificare quale).....

☐ **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

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