

AZIENDA OSPEDALIERA " G. RUMMO"

U. O. DI.....

Data

Reparto

codice n°

RICHIESTA MOTIVATA PER SINGOLO PAZIENTE

Paziente

età

Patologia (diagnosi principale)

.....

.....

Farmaco.....forma farmaceutica.....

Dose/die.....

Durata prevista del trattamento

MOTIVAZIONE (va specificata la reale motivazione alla somministrazione del farmaco, che può non coincidere con la diagnosi principale)

.....

.....

Annotazioni

Il medico richiedente _____
timbro e firma

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA

Quantità consegnata

Annotazioni

Il farmacista _____

