



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

**Richiesta di allestimento di PREPARAZIONE GALENICA
MAGISTRALE / OFFICINALE**

All'U.O.C. Farmacia Distretto RG 1 – laboratorio galenica clinica

Unità operativa richiedente:

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa

RICHIEDE:

la preparazione del seguente prodotto galenico.....

COMPOSIZIONE QUALI-QUANTITATIVA.....

DOSAGGIO UNITARIO **NELLA Q.TÀ DI N. (CARTE, CPS, FL)**

RICHIESTA PER IL GIORNO (DATA) **DURATA TERAPIA (GIORNI)**

Il prodotto descritto è ricompreso nella seguente tipologia (barrare la voce di interesse):

- farmaco galenico magistrale*
- farmaco galenico officinale
- farmaco in fase di sperimentazione clinica (allegare eventuale documentazione)*
- farmaco iniettabile in dose personalizzata*
- p sterile p non sterile

***Compilare punto 1.**

Tale prodotto galenico è indispensabile e insostituibile per il trattamento della seguente patologia:

1. nel paziente (nome e cognome):.....

Data di nascita SDO

posologia

2. in n. pazienti non ancora individuati. Per la peculiarità della patologia è necessario che il farmaco sia già disponibile in reparto.

Si dichiara che il farmaco verrà somministrato sotto la mia diretta e personale responsabilità, dopo aver acquisito e conservato agli atti il consenso informato sottoscritto di ogni paziente con le relative generalità.

IL MEDICO
(timbro e firma per esteso)

Data