

**Scheda 1 per la richiesta di farmaci**  
**Fuori scheda tecnica - Fuori prontuario ospedaliero - Acquisti all'estero**

Data richiesta		Divisione – Day Hospital – Day Surgery		Medico Responsabile	Recapito telefonico/fax
Paziente	Nominativo		Sesso		Età
	Diagnosi		Fase Malattia		
	N° linee terapeutiche precedenti				
Farmaco	Nome Commerciale		Dosaggio		
	Molecola		Posologia		
	Fuori Scheda Tecnica		<input type="checkbox"/>	Cicli di terapia mensili richiesti	
	Fuori Prontuario		<input type="checkbox"/>	Cicli di terapia totali previsti	
	Non registrato in Italia		<input type="checkbox"/>		
Allegati	<input type="checkbox"/> <u>Relazione medica attestante:</u>		<input type="checkbox"/> possibile risoluzione patologia		
			<input type="checkbox"/> allungamento durata di vita attesa		
			<input type="checkbox"/> miglioramento qualità di vita		
	<input type="checkbox"/> Assunzione di responsabilità diretta da parte del medico prescrittore ( Responsabile Divisione –D.H. –D.S.)				
		<input type="checkbox"/> Documentazione scientifica comprovante l'efficacia del farmaco richiesto			

Sezione 1 - Riservata al medico richiedente

Farmaco	Vista la documentazione allegata, si esprime parere tecnico alla fornitura del farmaco		<input type="checkbox"/>	Favorevole
			<input type="checkbox"/>	Non favorevole
	Costo unitario	€		
	Costo per un ciclo di terapia	€		
Costo totale della terapia		€		

Sezione 2 - Riservata alla Farmacia

Parere CTA	Autorizzazioni			
	Parere della Commissione Terapeutica Aziendale		<input type="checkbox"/>	Positivo
			<input type="checkbox"/>	Negativo
<b>Note:</b>				

Sezione 3 - Riservata alDir. Sanitario

Dir. Sanitaria	<b>Autorizzazione del Direttore Sanitario</b>			
			Data.....	
			Firma.....	
Si ricorda che il medico prescrittore è vincolato all'acquisizione del consenso informato del paziente				

Sezione 4 - Riservata alla Farmacia

farmaco	Quantità di farmaco distribuito dalla Farmacia:			
	N° dosi / confezioni		Costo €	
	N° dosi / confezioni		Costo €	