



PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE PER LE RESIDENZE SANITARIE
ASSISTENZIALI

Richiesta motivata per singolo paziente

Limitatamente ai farmaci non presenti nel prontuario RSA ma presenti nel Prontuario Terapeutico Aziendale e ai farmaci non compresi in quest'ultimo purché presenti nel Prontuario Terapeutico Regionale

Farmaco non inserito nel Prontuario RSA
Farmaco non inserito nel Prontuario Terapeutico Aziendale

Azienda USL _____

Residenza Sanitarie Assistenziali/RSA _____

_____ **Codice.** _____

Paziente _____ **Età** _____
(cognome nome)

Patologia _____

Farmaco richiesto _____

Forma farmaceutica _____

Via di somministrazione _____ **Dose/die** _____

Durata presunta del trattamento _____

Motivazioni della scelta

Prosecuzione terapia iniziata dallo specialista (allegare la prescrizione)

Prosecuzione terapia in dimissione ospedaliera (allegare lettera di dimissione)

Terapia prescritta dal Medico RSA (specificare motivazioni): _____

Il medico richiedente _____
(cognome e nome)

Data _____

Timbro e firma del medico

Quantità consegnata _____

Il Farmacista _____

Data _____