



Modulo di richiesta farmaci  
non compresi nel pta

Codice: MODFARM17

Data: 15 febbraio 2016

Revisione: 1

Reparto/Servizio.....  
Centro di costo .....  
Sede.....

Data.....

Paziente .....  
(cognome) (nome) (data di nascita)

Patologia motivante la terapia

**SI RICHIEDE IL SEGUENTE FARMACO**

(Denominazione, forma farmaceutica) (dose/die) (fabbisogno per giorni)

**MOTIVAZIONE (barrare e compilare):**

- Paziente già in terapia domiciliare, farmaco NON sostituibile con altro presente in PTA (specificarne la motivazione.....)
- Paziente già in terapia prescritta da altro ospedale
- Prescrizione di centro specialistico di riferimento per la patologia (es. malattia rara)
- Farmaco di nuova prescrizione, non sostituibile con altri presenti in PTA, perché:**
  - il PTA non comprende altri farmaci con specifica indicazione
  - il PTA comprende farmaci con uguale indicazione ma non utilizzabili in quanto

MEDICO RICHIEDENTE

RESPONSABILE DEL  
REPARTO/SERV.

**Spazio riservato alla Farmacia:**

il farmaco è presente nel PT Regionale  SI  NO

Il costo del farmaco è di €:.....

Suggerimenti per una possibile alternativa farmaceutica .....

La Farmacia Osp. esprime parere  FAVOREVOLE  
 NON FAVOREVOLE, perché .....

IL FARMACISTA

**Spazio riservato alla Direzione Sanitaria**

La Direzione Sanitaria Ospedaliera  APPROVA l'acquisto del farmaco

NON APPROVA l'acquisto del farmaco

IL DIRETTORE SANITARIO