



### Prescrizione di Preparazioni Galeniche Magistrali sul Territorio

(Inviare a UOS Servizio Farmaceutica Territoriale - UOC Farmacia - ASST Papa Giovanni XXIII Via Borgo Palazzo 130, Bergamo (fax 0352676383, mail [sft.frontoffice@asst-pg23.it](mailto:sft.frontoffice@asst-pg23.it))

Il sottoscritto/a Dr. .... Medico Specialista presso l’Ospedale di  
..... U.O. .... Tel. ....

Per il paziente ..... nato il ..... Residente a  
..... Domiciliato in via .....

Tel. .... Codice Fiscale/carta SISS .....

**PRESCRIVE LA SEGUENTE PREPARAZIONE MAGISTRALE** per uso  orale  topico  
*(Art. 5 commi 1 e 2 Legge 8 Aprile 1998 N° 94)*

indicare la **composizione quali – quantitativa** (*principio attivo/unità di misura*) della dose singola

.....  
.....

*Fai secondo Norme di Buona Preparazione dei Medicinali in Farmacia*

**Forma farmaceutica:** ..... Durata della terapia ..... (max due mesi)

**Posologia giornaliera:** .....

Sono note **INTOLLERANZE/ALLERGIE** ad alcuni eccipienti (*es. lattosio, amido di frumento...*)?

NO  SI (specificare quali) .....

Il sottoscritto, dichiara che l’impiego avverrà sotto la sua diretta e personale responsabilità per la seguente **INDICAZIONE:**

.....  
 **Autorizzata AIFA** (indicazione corrispondente a quella del medicinale industriale autorizzato a base dello stesso principio attivo)

**Non autorizzata AIFA** (off-label - Legge 94/98): *il sottoscritto, dichiara, in base a dati documentabili, che il paziente non può essere utilmente trattato con medicinali autorizzati e che tale impiego del medicinale è noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale ed esistono dati favorevoli di sperimentazione clinica almeno di fase seconda; dichiara, infine, di aver informato il paziente e di averne acquisito il consenso.*

Le esigenze particolari che giustificano il ricorso alla prescrizione estemporanea sono le seguenti:

Non reperibile in commercio

Altro.....

Qualora non fosse possibile utilizzare il principio attivo, chiedo di utilizzare il medicinale di origine industriale sottoindicato, regolarmente autorizzato all’immissione in commercio e contenente lo stesso principio attivo poiché la preparazione è indispensabile ed il paziente è in stato di necessità

.....  
*in caso di mancata indicazione il farmacista utilizzerà il medicinale disponibile presso l’UOC Farmacia o ritenuto più idoneo per la preparazione.*

**Timbro della struttura sanitaria/UE e  
Timbro e firma Medico Specialista Ospedaliero**

**Data**.....

<b>Spazio riservato alla UOS Servizio Farmaceutica Territoriale - UOC Farmacia ASST Papa Giovanni XXIII</b>	
Prescrizione N. _____	per ASST _____
Data di consegna a UOS SFT _____	Il Farmacista _____ (firma e timbro)

UOC Farmacia