



**PRESCRIZIONE/RICHIESTA FORNITURA (NPD)**

(La prescrizione è valida per massimo 3 mesi di fornitura)

Spett. Farmacia \_\_\_\_\_

Data ...../...../.....

prima prescrizione                       rinnovo (trimestrale)                       variazione

Proposta n° (se applicabile) \_\_\_\_\_

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| <b>DATI PAZIENTE:</b>    |                   |
| COGNOME E NOME.....      |                   |
| DATA NASCITA.....        | COD. FISCALE..... |
| INDIRIZZO RESIDENZA..... |                   |
| INDIRIZZO DOMICILIO..... |                   |
| TELEFONO .....           | CELLULARE.....    |
| E-MAIL .....             |                   |

**INDICAZIONI AL TRATTAMENTO**

PATOLOGIA: .....

|   |  |                               |  |                                      |
|---|--|-------------------------------|--|--------------------------------------|
| <b>Nutrizione Parenterale</b>               | <input type="checkbox"/> PORT                        | <input type="checkbox"/> PICC | <input type="checkbox"/> Groshong                  | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <b>Modalità di infusione</b>                | Pompa (deflussore dedicato)                          |                               |  |                                      |
| <b>Miscela nutrizionale</b><br>(Allegato 9) | <input type="checkbox"/> due comparti (senza lipidi) |                               | <input type="checkbox"/> tre comparti (con lipidi) |                                      |
|   | <input type="checkbox"/> con elettroliti             |                               | <input type="checkbox"/> senza elettroliti         |                                      |
|   | Volume (ml):   |                               |  |                                      |
|   | Velocità di somministrazione ml/h .....              |                               |  |                                      |
|   | Kcal .....   |                               |  |                                      |
|   | Frequenza settimanale di somministrazione .....      |                               |  |                                      |
| <b>Si chiede fornitura aggiuntiva di:</b>   |  |                               |  |                                      |
| <b>Oligoelementi</b>                        | <input type="checkbox"/> si                          | <input type="checkbox"/> no   | Posologia:   |                                      |
| <b>Supplemento multivitaminico</b>          | <input type="checkbox"/> si                          | <input type="checkbox"/> no   | Posologia:   |                                      |

UOC Farmacia



Qualora si tratti di prescrizione di NPPD, allegare la prescrizione per l'allestimento del prodotto galenico

Data presunta dimissione (se applicabile) ...../...../.....

Nome commerciale del prodotto in uso \_\_\_\_\_

Richiesta fornitura per mesi: \_\_\_\_\_

**MEDICO PRESCRITTORE**

COGNOME E NOME..... COD. FISCALE .....

LUOGO DI LAVORO/ STRUTTURA SANITARIA .....

TELEFONO ..... CELLULARE.....

RUOLO  Medico Prescrittore di UNC

Medico Prescrittore di TNM

E-MAIL ..... FAX .....

Timbro e firma del Medico Prescrittore dell'UNC/TNM

.....

AUTORIZZAZIONE DA PARTE DEL DISTRETTO DI \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico \_\_\_\_\_

Da compilare da parte della Farmacia:

Prodotto commerciabile disponibile \_\_\_\_\_

Se il prodotto è diverso da quello già testato, e' stata formalmente accettata dal clinico la sostituzione? si  no   
(allegare documentazione)

Fabbisogni mensili \_\_\_\_\_

Data attivazione fornitura \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Annotazioni \_\_\_\_\_

Firma del Farmacista \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_