

**PRESCRIZIONE/RICHIESTA FORNITURA (NED)**

(La prescrizione è valida per massimo 6 mesi di fornitura)

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

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

 prima prescrizione rinnovo (semestrale) variazione

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

**DATI PAZIENTE:**

COGNOME E NOME.....

DATA NASCITA..... COD. FISCALE.....

INDIRIZZO RESIDENZA.....

INDIRIZZO DOMICILIO.....

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

E-MAIL .....

**INDICAZIONI AL TRATTAMENTO**

PATOLOGIA: .....

<b>Nutrizione Enterale tramite</b>	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SND	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> PEJ	<input type="radio"/> Altro _____
<b>Modalità di somministrazione</b>	<input type="checkbox"/> Pompa (deflussore dedicato)			<input type="checkbox"/> Gravità : <input type="radio"/> deflussore <input type="radio"/> regolatore di flusso <input type="radio"/> sacca con deflussore (solo per infusione notturna)	
	<input type="checkbox"/> Bolo				
<b>Tipologia di prodotto (Allegato 8)</b>					
<b>Fabbisogno giornaliero</b>					
<b>Tempistica di somministrazione</b>	<input type="checkbox"/> 24 ore		<input type="checkbox"/> Diurna in h _____		<input type="checkbox"/> Notturna in h _____

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

Nome commerciale del prodotto \_\_\_\_\_

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

UOC Farmacia

**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 .....

**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 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 \_\_\_\_\_