

**Scheda 2 per la richiesta di farmaci**

**Fuori scheda tecnica - Fuori prontuario ospedaliero - Acquisti all'estero**

**Per prosecuzione terapie di lunga durata**

Data richiesta		Divisione – Day Hospital – Day Surgery		Medico Responsabile	Recapito telefonico/fax
Paziente	Nominativo		Sesso		Età
	Diagnosi		Fase Malattia		
Farmaco	Nome Commerciale		Dosaggio		
	Molecola		Posologia		
	Cicli di terapia Fuori Scheda Tecnica -FST effettuati				
Valutazione Efficacia Terapeutica	Relazione Medica (allegata) attestante :		<input type="checkbox"/>	risoluzione patologia	
			<input type="checkbox"/>	allungamento durata di vita attesa	
			<input type="checkbox"/>	miglioramento qualità di vita	
Parere CTA	Vista la valutazione dell'efficacia della Terapia FST effettuata, la Commissione Terapeutica Aziendale			<input type="checkbox"/>	Si autorizza
				<input type="checkbox"/>	Non si autorizza
<i>Note:</i>					
Dir. Sanitaria	<b>Autorizzazione Direttore Sanitario</b>				
	<p style="text-align: right;">Data.....</p> <p style="text-align: right;">Firma.....</p>				

Sezione 1 - Riservata al medico richiedente

Sezione 3 - Riservata al Dir. Sanitario