

**AZIENDA UNITA SANITARIA LOCALE RIETI O.G.P. "S. CAMILLO DE LELLIS" –  
RIETI**

U.O.C. Politiche del Farmaco e dei Dispositivi Medici - Tel. 0746/278241– Fax 0746/278538  
Direttore: Dr.ssa Emma Giordani

## **Richiesta motivata per singolo paziente per farmaci inseriti in P.T.O. con limitazioni d'uso ed Antiblastici**

U.O.....

DATA.....

Si richiede per il paziente Sig/ra \_\_\_\_\_

Sesso M  F  età \_\_\_\_\_

**Farmaco:** \_\_\_\_\_

Quantità richiesta \_\_\_\_\_

Posologia giornaliera \_\_\_\_\_ Durata presunta trattamento \_\_\_\_\_

### **Motivazione della richiesta:**

Patologia prevista dalle note P.T.O. (specificare) \_\_\_\_\_

Prescrizione su consulenza specifica (specificare) \_\_\_\_\_

Altre motivazioni (specificare) \_\_\_\_\_

DATA.....

Il medico (firma leggibile)

.....