

COMITATO ETICO

REGIONE ABRUZZO

RICHIESTA FARMACO PER USO COMPASSIONEVOL
ai sensi del DM 08.05.2003

Unità operativa richiedente _____

Laboratorio UFA Farmacia P.O. _____

Iniziale del prenome del paziente ____ Sesso M F

Anno di nascita _____ ASL di residenza _____

Patologia _____

Principio attivo e/o Specialità farmaceutica _____

Dosaggio _____

Durata del trattamento _____

Via di somministrazione _____

Quantitativo totale richiesto _____

La rimanenza di farmaco inutilizzato dovrà :

- ☐ essere restituita alla Farmacia e smaltita secondo la normativa vigente
- ☐ essere restituita alla Farmacia per il reso alla ditta produttrice

data _____

Firma Medico richiedente

Firma Direttore Farmacia