# REGIONE PUGLIA - ASL TARANTO

## STRUTTURA COMPLESSA DI FARMACIA PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE

**Timbro con indirizzo, codice e telefono della Struttura di ricovero e ambulatoriale**

**Assistenza Farmaceutica in Continuità Terapeutica (ex Legge Regionale 39/06)**

**Dati Assistito** Codice Fiscale _____ ASL _____

Cognome _____ Nome _____

Domiciliato in _____ Via _____ Prov. _____

Residente in _____ Via _____ Prov. _____

Diagnosi di dimissione e, ove necessario, patologie concomitanti che giustifichino la prescrizione e l'applicabilità delle note AIFA e/o del Piano Terapeutico:

_____

_____

_____

| PRESCRIZIONE (riservata al Medico) | | | | | | EROGAZIONE (riservata al Farmacista) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Principio Attivo | Forma Farmaceutica e Dosaggio | Posologia | Durata ciclo | Piano Terapeutico | Nota AIFA | Specialità erogata | Quantità | Note |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Codice Esenzione (barrare se non esente) _____ | Timbro e firma del Medico richiedente | Data Prescrizione ___/___/_____ | N° Registrazione Ricetta | Timbro e firma del Farmacista Ospedaliero |
|---|---|---|---|---|
| Importo Ticket _____,___ | | Data erogazione ___/___/_____ | Firma per ricevuta del paziente | |

Copia per la FARMACIA

- Copia della presente scheda deve essere consegnata all'assistito
- Le Farmacia Ospedaliere/Territoriali erogheranno solo farmaci prescritti per il primo ciclo terapeutico nel rispetto delle disposizioni di cui alla L.R. n. 39/06
- In caso di prescrizione di farmaco/i assoggettato/i al Piano Terapeutico predisporre l'apposita scheda in triplice copia di cui una da consegnare al paziente per il medico curante e l'altra da inviare all'Azienda territorialmente competente a cura della Direzione Sanitaria dell'Ospedale

# REGIONE PUGLIA - ASL TARANTO

## STRUTTURA COMPLESSA DI FARMACIA PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE

**Timbro con indirizzo, codice e telefono della Struttura di ricovero e ambulatoriale**

**Assistenza Farmaceutica in Continuità Terapeutica (ex Legge Regionale 39/06)**

**Dati Assistito** Codice Fiscale _____ ASL _____

Cognome _____ Nome _____

Domiciliato in _____ Via _____ Prov. _____

Residente in _____ Via _____ Prov. _____

Diagnosi di dimissione e, ove necessario, patologie concomitanti che giustifichino la prescrizione e l'applicabilità delle note AIFA e/o del Piano Terapeutico:

_____

_____

_____

| PRESCRIZIONE (riservata al Medico) | | | | | | EROGAZIONE (riservata al Farmacista) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Principio Attivo | Forma Farmaceutica e Dosaggio | Posologia | Durata ciclo | Piano Terapeutico | Nota AIFA | Specialità erogata | Quantità | Note |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Codice Esenzione (barrare se non esente) _____ | Timbro e firma del Medico richiedente | Data Prescrizione ___/___/_____ | N° Registrazione Ricetta | Timbro e firma del Farmacista Ospedaliero |
|---|---|---|---|---|
| Importo Ticket _____,___ | | Data erogazione ___/___/_____ | Firma per ricevuta del paziente | |

Copia per il Medico di Medicina Generale

- Copia della presente scheda deve essere consegnata all'assistito
- Le Farmacia Ospedaliere/Territoriali erogheranno solo farmaci prescritti per il primo ciclo terapeutico nel rispetto delle disposizioni di cui alla L.R. n. 39/06
- In caso di prescrizione di farmaco/i assoggettato/i al Piano Terapeutico predisporre l'apposita scheda in triplice copia di cui una da consegnare al paziente per il medico curante e l'altra da inviare all'Azienda territorialmente competente a cura della Direzione Sanitaria dell'Ospedale

# REGIONE PUGLIA - ASL TARANTO

## STRUTTURA COMPLESSA DI FARMACIA PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE

**Timbro con indirizzo, codice e telefono della Struttura di ricovero e ambulatoriale**

**Assistenza Farmaceutica in Continuità Terapeutica (ex Legge Regionale 39/06)**

**Dati Assistito** Codice Fiscale _____ ASL _____

Cognome _____ Nome _____

Domiciliato in _____ Via _____ Prov. _____

Residente in _____ Via _____ Prov. _____

Diagnosi di dimissione e, ove necessario, patologie concomitanti che giustifichino la prescrizione e l'applicabilità delle note AIFA e/o del Piano Terapeutico:

_____

_____

_____

| PRESCRIZIONE (riservata al Medico) | | | | | | EROGAZIONE (riservata al Farmacista) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Principio Attivo | Forma Farmaceutica e Dosaggio | Posologia | Durata ciclo | Piano Terapeutico | Nota AIFA | Specialità erogata | Quantità | Note |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Codice Esenzione (barrare se non esente) | Timbro e firma del Medico richiedente | Data Prescrizione | N° Registrazione Ricetta | Timbro e firma del Farmacista Ospedaliero |
|---|---|---|---|---|
| | | ___/___/_____ | | |
| Importo Ticket ____,__ | | Data erogazione ___/___/_____ | Firma per ricevuta del paziente | |

Copia per il Paziente

- Copia della presente scheda deve essere consegnata all'assistito
- Le Farmacia Ospedaliere/Territoriali erogheranno solo farmaci prescritti per il primo ciclo terapeutico nel rispetto delle disposizioni di cui alla L.R. n. 39/06
- In caso di prescrizione di farmaco/i assoggettato/i al Piano Terapeutico predisporre l'apposita scheda in triplice copia di cui una da consegnare al paziente per il medico curante e l'altra da inviare all'Azienda territorialmente competente a cura della Direzione Sanitaria dell'Ospedale

# REGIONE PUGLIA - ASL TARANTO

## STRUTTURA COMPLESSA DI FARMACIA PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE

**Timbro con indirizzo, codice e telefono della Struttura di ricovero e ambulatoriale**

**Assistenza Farmaceutica in Continuità Terapeutica (ex Legge Regionale 39/06)**

**Dati Assistito** Codice Fiscale _____ ASL _____

Cognome _____ Nome _____

Domiciliato in _____ Via _____ Prov. _____

Residente in _____ Via _____ Prov. _____

Diagnosi di dimissione e, ove necessario, patologie concomitanti che giustifichino la prescrizione e l'applicabilità delle note AIFA e/o del Piano Terapeutico:

_____

_____

_____

| PRESCRIZIONE (riservata al Medico) | | | | | | EROGAZIONE (riservata al Farmacista) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Principio Attivo | Forma Farmaceutica e Dosaggio | Posologia | Durata ciclo | Piano Terapeutico | Nota AIFA | Specialità erogata | Quantità | Note |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Codice Esenzione (barrare se non esente) _____ | Timbro e firma del Medico richiedente | Data Prescrizione ___/___/_____ | N° Registrazione Ricetta | Timbro e firma del Farmacista Ospedaliero |
|---|---|---|---|---|
| Importo Ticket _____,___ | | Data erogazione ___/___/_____ | Firma per ricevuta del paziente | |

Copia per il Reparto che effettua la dimissione

- Copia della presente scheda deve essere consegnata all'assistito
- Le Farmacia Ospedaliere/Territoriali erogheranno solo farmaci prescritti per il primo ciclo terapeutico nel rispetto delle disposizioni di cui alla L.R. n. 39/06
- In caso di prescrizione di farmaco/i assoggettato/i al Piano Terapeutico predisporre l'apposita scheda in triplice copia di cui una da consegnare al paziente per il medico curante e l'altra da inviare all'Azienda territorialmente competente a cura della Direzione Sanitaria dell'Ospedale