









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

# REGIONE PUGLIA - ASL TARANTO

## STRUTTURA COMPLESSA DI FARMACIA PRESIDIO OSPEDALIERO MANDURIA

### 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 giustificano 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 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

Copia per il Reparto che effettua la dimissione