REGIONE PUGLIA - ASL TARANTO

STRUTTURA COMPLESSA DI FARMACIA PRESIDIO OSPEDALIERO OCCIDENTALE

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 OCCIDENTALE

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 OCCIDENTALE

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 OCCIDENTALE

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