



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3

OSPEDALE G.B. GRASSI

PRESCRIZIONE RILASCIATA DA UO :

.....

TELEFONO N° :.....



REGIONE
LAZIO

MODULO DI RICHIESTA PER L'EROGAZIONE DEI FARMACI AI PAZIENTI IN DIMISSIONE

D.G.R. N° 34 DEL 15/01/2002

Data _____

ASL di residenza:

- ASL ROMA 3 COMUNE DI ROMA
- ASL ROMA 3 COMUNE DI FIUMICINO
- ASL.....COMUNE DI

PAZIENTE:.....

NOME

COGNOME

.....
CODICE FISCALE

CITTADINANZA

...../...../.....
DATA NASCITA

.....
COMUNE DI NASCITA

.....
COMUNE DI RESIDENZA

FARMACO (P.A.) (Solo farmaci di fascia A e H inseriti nel P.T.O.)	PIANO T TERAPEUTICO	QUANTITA' CONSEGNATA (spazio riservato alla farmacia)	NOTA AIFA	NUOVO TRATTAMENTO (indicare si o no)

Il Dirigente Medico
(Firma e timbro)

Il Dirigente Farmacista

Il Ricevente

SERVIZIO DI FARMACIA

..... TEL 06.56482120/2270

ORARIO DI DISPENSAZIONE FARMACI AI DIMESSI: 10.30-14.00

IL SERVIZIO NON E' ATTIVO LA DOMENICA ED I GIORNI FESTIVI INFRASETTIMANALI