



PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE PER LE RESIDENZE SANITARIE  
ASSISTENZIALI

**Richiesta motivata per singolo paziente**

Limitatamente ai farmaci non presenti nel prontuario RSA ma presenti nel Prontuario Terapeutico Aziendale e ai farmaci non compresi in quest'ultimo purché presenti nel Prontuario Terapeutico Regionale

Farmaco non inserito nel Prontuario RSA  
Farmaco non inserito nel Prontuario Terapeutico Aziendale

**Azienda USL** \_\_\_\_\_

**Residenza Sanitarie Assistenziali/RSA** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Codice.** \_\_\_\_\_

**Paziente** \_\_\_\_\_ **Età** \_\_\_\_\_  
(cognome nome)

**Patologia** \_\_\_\_\_

**Farmaco richiesto** \_\_\_\_\_

**Forma farmaceutica** \_\_\_\_\_

**Via di somministrazione** \_\_\_\_\_ **Dose/die** \_\_\_\_\_

**Durata presunta del trattamento** \_\_\_\_\_

**Motivazioni della scelta**

Prosecuzione terapia iniziata dallo specialista (allegare la prescrizione)

Prosecuzione terapia in dimissione ospedaliera (allegare lettera di dimissione)

Terapia prescritta dal Medico RSA (specificare motivazioni): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Il medico richiedente** \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

**Data** \_\_\_\_\_

**Timbro e firma del medico**

\_\_\_\_\_

**Quantità consegnata** \_\_\_\_\_

**Il Farmacista** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_