

## **RICHIESTA DI UN FARMACO FUORI PRONTUARIO**

OSPEDALE

UOC

Medico richiedente

Tipo di richiesta

**ORDINARIA**

**URGENTE**

FARMACO

Principio attivo

Forma farmaceutica

Dosaggio

Data di richiesta

**APPROVATO**

**NON APPROVATO**

Motivo della mancata approvazione

Data di verifica