

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577
U.O.C. POLITICA DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI
DIRETTORE: Dott.ssa EMMA GIORDANI

Allegato “D”

**Al Direttore della U.O.C. POLITICA DEL FARMACO E DEI
DISPOSITIVI MEDICI**

PARTE RISERVATA AL RICHIEDENTE

Cognome e nome

Unità operativa.....

e-mail tel fax

☐ Farmaco - Indicare Principio Attivo - via di somministrazione

.....

☐ Dispositivo Medico - Indicare CND

.....

Indicazioni terapeutiche

.....

Motivazioni della richiesta

.....

.....

.....

Fabbisogno annuo stimato.....

N. B.: La richiesta

1) deve essere convalidata dal Primario della UOC richiedente ed inviata a mezzo protocollo informatico.

2) deve essere supportata da letteratura scientifica (da allegare)

Data.....

firma richiedente.....

Firma e Timbro Primario



AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577
U.O.C. POLITICA DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI
DIRETTORE: Dott.ssa EMMA GIORDANI

**RICHIESTA INTRODUZIONE DI FARMACI/DISPOSITIVI MEDICI NEL
PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO/TERRITORIALE ASL DI RIETI**

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA

☐ Prodotto agganciato a gara

.....

☐ Prodotto non aggiudicato

.....

Analisi dei costi

.....

.....

.....

Prodotto alternativo già presente in PTOT

.....

Valutazione del Farmacista

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ESITO DELLA RICHIESTA: ☐ Accolta ☐ Rifiutata

Data Firma Farmacista