




RICHIESTA MOTIVATA  
**ANTIDOTO / FARMACO SALVAVITA**

**PROCEDURA:**




-  **IL FARMACO VIENE CONSEGNATO DAL CENTRO DI STOCCAGGIO PREVISTO (RIANIMAZIONE, DEA O PS)**
-  **LA RICHIESTA VIENE SUCCESSIVAMENTE INVIATA ALLA FARMACIA O GUM DEL P.O. PER IL REINTEGRO DELLA SCORTA E LO SCARICO AL REPARTO RICHIEDENTE.**

UNITA' OPERATIVA ..... Data.....

SI RICHIEDE  
IL SEGUENTE FARMACO O ANTIDOTO:

 \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

ALLA SEGUENTE DIVISIONE O REPARTO (a seconda di quale e' il centro di stoccaggio previsto):

-  **RIANIMAZIONE (*EMODERIVATI e altro*)** Sede di \_\_\_\_\_
-  **DEA (*ANTIDOTI e altro*)** Sede di \_\_\_\_\_
-  **PUNTO DI PRIMO INTERVENTO (*alcuni antidoti e altro*)** Sede di \_\_\_\_\_

PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE: \_\_\_\_\_

IL MEDICO RESPONSABILE SOC/SOS RICHIEDENTE

Firma e Timbro

.....

**SI AUTORIZZA LA CONSEGNA**

IL MEDICO RESPONSABILE SOC/SOS CEDENTE

.....

**SI RICHIEDE ALLA FARMACIA O GUM IL RIPRISTINO DEL FARMACO  
NELLA QUANTITA' RICHIESTA  
CON ADDEBITO AL REPARTO RICHIEDENTE**