

RICHIESTA MOTIVATA PER FARMACI OSELTAMIVIR (TAMIFLU) E ZANAMIVIR (RELENZA)

NOME OSPEDALE _____

DATA ___/___/___

REPARTO _____

**NOME
PAZIENTE** _____

**FARMACO
RICHIESTO** _____

DOSAGGIO _____ **FORMA FARMACEUTICA** _____

POSOLOGIA/DIE _____

DURATA PRESUNTA DEL TRATTAMENTO _____

DIAGNOSI _____

FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE _____

FIRMA DEL DIRETTORE DELL'U.O.a _____

QUANTITA' CONSEGNATA _____

DATA ___/___/___

IL FARMACISTA _____