

COMUNICAZIONE DI EROGAZIONE FARMACI DPC IN URGENZA

Spedizione ricetta in farmaceutica convenzionata

Spett.le
U.O.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA



✚ Distretto 1 Bassano
farmaceutico.terr.distretto1@aulss7.veneto.it

✚ Distretto 2 Alto Vicentino
farmaceutico.terr@aulss7.veneto.it

Farmacia _____

Codice Farmacia

mail* per la conferma di ricezione _____

* solo se diversa da quella utilizzata per l'invio

urgenza desunta dalla dicitura "urgente" apposta dal Medico o dichiarata dal paziente			
farmaco	q.tà	data spedizione	orario spedizione

* in caso di urgenza dichiarata dal paziente **ne va acquisita la firma sulla ricetta**

turno di servizio della farmacia			
farmaco	q.tà	data spedizione	orario spedizione

chiusura per inventario del distributore intermedio			
farmaco	q.tà	data spedizione	orario spedizione

data _____

timbro e firma Farmacia

Allegato ricetta SSN

Spazio riservato all'U.O.C. Assistenza Farmaceutica

Erogazione in urgenza	data	Timbro e firma farmacista ULSS
n°	___ / ___ / _____	