

1. Va indicata la denominazione della specialità medicinale, la forma farmaceutica, il dosaggio e l'unità di misura adottata per la movimentazione
2. Va inserita la numerazione cronologica, che deve essere riportata nelle pagine successive
3. Va indicato il giorno, mese e anno della registrazione
4. Va indicato il numero relativo ai buoni di approvvigionamento o di restituzione
5. Va indicata la quantità di farmaco ricevuta in carico
6. Va indicato il nome, cognome (o il numero della cartella clinica quando il paziente ha generalità non note).
Va indicata anche la Struttura, in caso di cessione.
7. Va indicata la quantità di farmaco movimentata ai fini della somministrazione della cessione o della restituzione alla farmacia
8. Va indicata la quantità di farmaco giacente dopo la movimentazione, previa puntuale verifica anche della giacenza reale
9. Va apposta la firma di chi esegue materialmente l'operazione di movimentazione del farmaco (medico, infermiere, ecc). Tale movimentazione deve essere conforme nelle quantità a quanto prescritto dal Dirigente medico nella scheda unica di terapia. Mediante l'apposizione della firma si attesta il prelevamento e la corrispondenza tra la giacenza contabile e quella reale dei farmaci, mentre mediante la firma nella scheda unica di terapia si attesta la somministrazione del farmaco.
10. Vanno inserite specifiche indicazioni di casi particolari, ad esempio la somministrazione parziale di un medicinale o i motivi che giustificano la cessione ad altra Struttura.

HOSPICE SAN FRANCESCO CARACCIOLO
Viale Tirreno 200
00141 Roma

Richiesta n.

Io sottoscritta Dott.ssa Iva Novaku, Responsabile Sanitario dell'Hospice San Francesco Caracciolo, ai sensi e per gli effetti dell'art.42 e 43 del DPR 309/90. modificato dalla Legge 12/01 e dalla Legge 49/06

richiede alla farmacia interna dell'Ospedale S. Spirito

o Farmacia/Ditta.....

sito/a in Roma, via.....

le seguenti specialità medicinali ad azione stupefacente e psicotropa incluse nella tabella dei medicinali di cui all'art.14 del citato DPR:

n°.....

(quantità, forma farmaceutica e dosaggio in lettere e numero)

di.....

(denominazione della specialità).

n°.....

(quantità, forma farmaceutica e dosaggio in lettere e numero)

di.....

(denominazione della specialità).

Data.....

Il Responsabile Sanitario

.....

<p>Buono di richiesta di farmaco a base di stupefacente o sostanza psicotropa alla farmacia ospedaliera (Dpr 9 ottobre 1990, n.309, articolo 45, comma 6)</p>	<p>Buono di richiesta di farmaco a base di stupefacente o sostanza psicotropa alla farmacia ospedaliera (Dpr 9 ottobre 1990, n.309, articolo 45, comma 6)</p>	<p>Buono di richiesta di farmaco a base di stupefacente o sostanza psicotropa alla farmacia ospedaliera (Dpr 9 ottobre 1990, n.309, articolo 45, comma 6)</p>
<p>Ospedale e reparto, divisione o servizio (Timbro)</p>	<p>Ospedale e reparto, divisione o servizio (Timbro)</p>	<p>Ospedale e reparto, divisione o servizio (Timbro)</p>
<p>N..... del.....</p>	<p>N..... del.....</p>	<p>N..... del.....</p>
<p>SEZIONE PRIMA per il reparto richiedente si richiede alla farmacia la fornitura del sottospecificato medicinale:</p>	<p>SEZIONE SECONDA per la farmacia interna si richiede alla farmacia la fornitura del sottospecificato medicinale:</p>	<p>SEZIONE TERZA per uso amministrativo si richiede alla farmacia la fornitura del sottospecificato medicinale:</p>
<p>Denominazione Forma farmaceutica Dosaggio unitario Quantità Il medico prescrivente</p>	<p>Denominazione Forma farmaceutica Dosaggio unitario Quantità Il medico prescrivente</p>	<p>Denominazione Forma farmaceutica Dosaggio unitario Quantità Il medico prescrivente</p>
<p>Visto: Il dirigente medico del presidio</p>	<p>Visto: Il dirigente medico del presidio</p>	<p>Visto: Il dirigente medico del presidio</p>
<p>Data.....</p>	<p>Data.....</p>	<p>Data.....</p>
<p>Ricevuto il giorno.....</p>	<p>Consegnato il giorno.....</p>	<p>Consegnato il giorno.....</p>
<p>Il ricevente</p>	<p>Firma</p>	<p>Firma</p>
<p>Annotato in entrata a pag.....del registro di reparto</p>		

<p>Buono per la restituzione di farmaco a base di stupefacente o sostanza psicotropa alla farmacia ospedaliera (Dpr 9 ottobre 1990, n.309, articolo 45, comma 6)</p> <p>Ospedale e reparto, divisione o servizio (Timbro)</p> <p>N..... del.....</p> <p>SEZIONE PRIMA per il reparto richiedente si restituisce alla farmacia il sottospecificato medicinale:</p> <p>Denominazione Forma farmaceutica Dosaggio unitario Quantità Motivo della restituzione</p> <p>Il responsabile della U.O</p> <p>Visto: Il dirigente medico del presidio</p> <p>Data.....</p> <p>Consegnato il giorno.....</p> <p>Il farmacista ricevente</p> <p>Annotato in uscita a pag.....del registro di reparto</p>	<p>Buono per la restituzione di farmaco a base di stupefacente o sostanza psicotropa alla farmacia ospedaliera (Dpr 9 ottobre 1990, n.309, articolo 45, comma 6)</p> <p>Ospedale e reparto, divisione o servizio (Timbro)</p> <p>N..... del.....</p> <p>SEZIONE SECONDA per la farmacia interna si restituisce alla farmacia il sottospecificato medicinale:</p> <p>Denominazione Forma farmaceutica Dosaggio unitario Quantità Motivo della restituzione</p> <p>Il responsabile della U.O</p> <p>Visto: Il dirigente medico del presidio</p> <p>Data.....</p> <p>Ricevuto il giorno.....</p> <p>Firma</p>	<p>Buono per la restituzione di farmaco a base di stupefacente o sostanza psicotropa alla farmacia ospedaliera (Dpr 9 ottobre 1990, n.309, articolo 45, comma 6)</p> <p>Ospedale e reparto, divisione o servizio (Timbro)</p> <p>N..... del.....</p> <p>SEZIONE TERZA per uso amministrativo si restituisce alla farmacia il sottospecificato medicinale:</p> <p>Denominazione Forma farmaceutica Dosaggio unitario Quantità Motivo della restituzione</p> <p>Il responsabile della U.O</p> <p>Visto: Il dirigente medico del presidio</p> <p>Data.....</p> <p>Ricevuto il giorno.....</p> <p>Firma</p>
---	--	---



Modulo per la richiesta/consegna
Farmaci stupefacenti presso l'Hospice San Francesco
Caracciolo

Hospice San Francesco Caracciolo

Data _____ Nome e Cognome Pz _____

Principio attivo	Posologia	Totale mg/ml
	/die	
	/die	
	/die	

Barrare le caselle vuote

Medico dell'Hospice San Francesco Caracciolo _____

(timbro e firma leggibile)

Consegnato da _____

a _____

Data _____

Riconsegnato dal Sig. _____

Al Medico/Coordinatore infermieristico/Infermiere _____

Stupefacenti riconsegnati _____

(principio attivo, mg, n. fiale) _____

Data _____

N.B: In caso di restituzione per mancato utilizzo
riconsegnare i farmaci con la presente richiesta