Azienda Sanitaria Regionale Molise

ASREM

DISTRETTO SANITARIO DI CAMPOBASSO/ISERNIA/TERMOLI

MODULO B/1 da compilare a carico della Struttura extraospedaliera RSA "R1" ed "R2" per ogni singolo assistito degente e da inviare al Distretto di Residenza dell'assistito, per RICHIESTA di FARMACI

DATI RELATIVI al PAZIENTE

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

AUTORIZZAZIONE DISTRETTO N.RO_____

CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | | | |

INDIRIZZO (residenza) _____

DISTRETTO DI RESIDENZA_____

DATA di INGRESSO in Struttura _____

DATA di DIMISSIONE _____

TIPO FORNITURA PRIMA ☐ SECONDA ☐ SUCCESSIVA ☐

Farmaco -principio attivo dosaggio-formulazione	Dose/die	Durata del Trattamento (espresso in giorni)

- **I Farmaci verranno erogati ogni 30 giorni.**

Il Direttore Distretto Sanitario