

Pag. n. \_\_\_\_\_

sigla del Titolare o Direttore \_\_\_\_\_

Timbro

## REGISTRO DELLE RICHIESTE DI FARMACI SENZA PRESCRIZIONE MEDICA

DECRETO N. 31.03.2008 – G.U. n. 86 del 11.04.2008 – Art. 7 comma 2

Data	
------	--

Iniziali del paziente	
--------------------------	--

### Barrare il motivo della richiesta

<b>Patologia cronica</b>	Presenza in farmacia di ricette mediche riferite allo stesso paziente nelle quali è prescritto il farmaco richiesto.	Esibizione da parte del cliente di un documento rilasciato dall'autorità sanitaria attestante la patologia per la quale è indicato il farmaco. <b>Se non indicato il farmaco fare firmare la dichiarazione di responsabilità</b>	Esibizione da parte del cliente di un documento originale firmato dal medico curante attestante la patologia cronica da cui il paziente è affetto, con indicazione del farmaco utilizzato per il relativo trattamento.	Esibizione di una ricetta <u>con validità scaduta da non oltre trenta giorni</u> , apporre un'annotazione sulla ricetta che impedisca la sua riutilizzo. <b>Dichiarazione di responsabilità</b>	Conoscenza diretta da parte del farmacista dello stato di salute del paziente e del trattamento in corso.

<b>Altre patologie</b>	Presenza in farmacia di una prescrizione medica rilasciata in una data che faccia presumere che il paziente sia ancora in trattamento con il medicinale richiesto	Esibizione di una confezione inutilizzabile (danneggiato). <b>Dichiarazione di assunzione di responsabilità.</b>	Prosecuzione della terapia a seguito di dimissione ospedaliera. Esibita documentazione.		

**Medicinali  
richiesti**

--

**Dichiaro sotto la mia responsabilità di essere in trattamento con il medicinale richiesto**

\_\_\_\_\_

*firma*