MODULO N.4 Conferma-Annulla-Modifica terapia antiblastica

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA

U.O. Farmaceutica - Farmaci e Politiche del Farmaco

Polo Farmaceutico Antiblastico

fax **3366**

Reparto Oncologia

Codice centro di costo: |6|4|0|1|__|__|__|__|__|

Tel……

Degenza Ordinaria /☐

Day Hospital /☐

Ambulatorio /☐

Ora di conferma della terapia	Fascia di consegna	Ora di consegna entro le
- Entro le 7,30	1	8,30
- Entro le 8,45	2	9,15
- Entro le 9,45	3	10,30
- Entro le 10,45	4	11,30
- Entro le 11,45	4	12,30
- Entro le 12,45	5	13,30

☐ SI **CONFERMANO** LE TERAPIE ODIERNE PER I PAZIENTI:

Cognome	Nome	Principio attivo

☐ SI **ANNULLANO** LE TERAPIE PER I PAZIENTI:

Cognome Nome	Programmate per il giorno:

☐ SI **CHIEDE DI POTER MODIFICARE** LE TERAPIE PER I PAZIENTI:

Cognome Nome	N°richiesta da sbloccare:	Del giorno:

Note:	FIRMA