



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

RICHIESTA MOTIVATA E PERSONALIZZATA DI

CAPSAICINA CEROTTI 8% (QUTENZA®)

- PRESIDIO OSPEDALIERO _____ ASL _____
- AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI _____
- AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU

DATI DEL REPARTO	DATI DEL PAZIENTE
Codice C.d.c.:	Iniziali (nome e cognome):
Data richiesta: ____/____/____	Età:
Patologie concomitanti:	

SI RICHIEDE LA DISPENSAZIONE DI QUTENZA® PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI

Nevralgia periferica post erpetica con dolore persistente nei 6 mesi precedenti la presente RMP

Data diagnosi ____/____/____

Posologia Qutenza® cerotti n° _____

Trattamento precedente senza esito favorevole

Principio attivo:

Posologia:

Data inizio terapia ____/____/____

Data sospensione ____/____/____

Eventuale trattamento concomitante

Principio attivo:

Posologia:

Medico richiedente (timbro e firma):

Note:

PARTE RISERVATA AL SERVIZIO DI FARMACIA

Q.tà dispensata (n° cerotti): _____ (max tre
cerotti/anno)

Data dispensazione ____/____/____

Il Farmacista:

Note: _____
