

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

 <p>SST Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana S.C. Medicina Interna H Valle del Serchio</p>	<p>MODULO RICHIESTA STUPEFACENTI FRAM REPARTI</p>	<p>MR MGB 035 Rev. 0 del 08/08/2016 Pag. 1 di 1</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

STRUTTURA ORGANIZZATIVA RICHIEDENTE _____

DATA _____

STRUTTURA ORGANIZZATIVA CEDENDE _____

NOME DEL PRODOTTO _____

DOSE _____

QUANTITA' _____

FIRMA DEL MEDICO _____

Da fare tre **originali**:

1° documento di carico al reparto richiedente

2° documento di scarico al reparto cedente

3° documento da inviare in farmacia come registrazione dell'avvenuto movimento