



SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA  
Servizio Assistenza Farmaceutica - Distretto di Oristano

*P. Jaspardo*

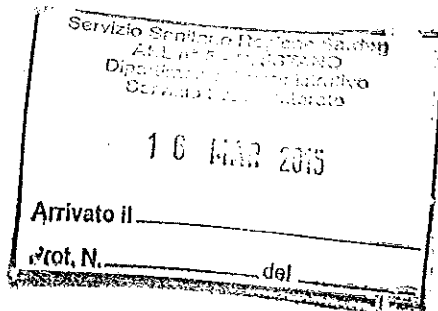
17/3/15

Prot. n. 28/2015/3004

Oristano 16/03/2015

Allegato n° 1 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 3 fogli

Oggetto: Richiesta acquisto farmaco.



Al Resp. Servizio  
Provveditorato

SEDE

Essendo pervenuta richiesta per n. 6 confezioni del farmaco OPSUMIT 30 cpr 10 mg (cod. AREAS 1202069) per nuovo paziente affetto da grave patologia residente nel Distretto di Ales, si chiede l'integrazione del contratto n. 630/2015 relativo alla Determina del Servizio Provveditorato n. 427/2015.

Si allega alla presente la richiesta dello specialista.

Distinti saluti.

*[Handwritten signature]*

IL DIRETTORE  
FARMACIA TERRITORIALE  
Dr.ssa Battiato Alessandra

24/02/2015 08:23

RECEPTE 17/02/2015 10:31

0729317031  
FARMACIA ALES

SERV. FARM. CRISTIANO

PAG. 01/03



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Modello di scheda per la richiesta di farmaci non presenti in Prontuario

L'elenco di farmaci non compresi nel PTR non deve essere una prescrizione finale ma riservata a situazioni particolari. Tali situazioni devono essere giustificate dalla compilazione del seguente modulo. Se si rileva la necessità di un uso frequente di uno specifico principio attivo, ne dovrà essere fatta richiesta di inserimento in PTR attraverso una richiesta alla Commissione Territoriale Provinciale (utilizzando la modulistica predisposta).

Sezione Riservata al Medico Richiedente	Data richiesta _____		Unità operativa richiedente _____	
	Paziente		Nome e Cognome <u>FRIZZANO SANDRO</u> Sesso <u>F</u> Età <u>77</u>	
Sezione Riservata alle Farmacie	Patologia <u>PERICARDIOPATIA ANTICHIORICA POLMONARE SECONDARIA A SCLEROSI SISTEMICA</u>			
	Trattamenti precedenti inerenti la patologia <u>GIÀ IN TRATTAMENTO CON PROSTANOLOL</u> <u>CON SCARSA EFFICACIA. HA DENUNCIATO SOSPENSIONE L'ASSUNZIONE DI BACCINON</u> <u>PER UN EFFETTO COLLATERALE SULLA SALUTE DELLE TAVOLELLI</u>			
	Farmaco richiesto		Principio attivo <u>MACITENTAN</u> Posologia <u>10mg 1 CP DIE</u>	
	Durata prevista del trattamento <u>6 MESI</u>			
<input type="checkbox"/> Continuità terapeutica <input checked="" type="checkbox"/> Nuovo trattamento <u>NEPI LESIONE LUNGARE</u>				
Specificare la motivazione, la necessità di avere o una prova relazione o documentazione epidemiologica che giustifichi la richiesta)				
Firma leggibile <u>Maria M. Uca</u>				
Sezione Riservata alle Farmacie		Il/la sottoscritto/i, in qualità di _____, si espone parere tecnico alla fornitura del farmaco <input type="checkbox"/> a favorevole <input type="checkbox"/> Non favorevole _____ (specificare la motivazione)		
		Nome Commerciale _____ N° confezioni dispensate _____ Note _____		
Firma leggibile _____				

24/02/2015 05:25

PACIENTE 24-02-1938 18:52  
07569111488

0756917315  
FARMACIA ALES

SERV FARM CRISTANO

PAG 02/03

AZIENDA OSPEDALIERA-UNIVERSITARIA DI DAGLIARI

P.O. DI MONSERRATO

STRUTTURA COMPLESSA DI NEFROLOGIA, EMATOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA  
DIRETTORE PROF. PAOLO ENRICO MANCINI



Monserrato 24/02/15

La Sig.ra **[REDACTED]** nata ad Anacle il 14/03/1938 e residente in **[REDACTED]** attualmente in cura presso il Nostro Istituto in quanto affetta da Sclerosi Sistemica, presenta ipertensione polmonare, classe NYHA III, già in trattamento con prostanoilidi con scarso beneficio. Ha dovuto sospendere l'assunzione di Bosentan per aumentati valori di danno delle transaminasi. Si pone indicazione quindi di Macitentan (Opsumit), previo consenso del paziente, onde ridurre la morbilità e la mortalità.

Il Medico Responsabile

Dot. M.N. Mura  
*[Signature]*

AZIENDA OSPEDALIERA-UNIVERSITARIA DI DAGLIARI  
P.O. DI MONSERRATO  
DEGENZE - BLOCCO C