

| | | | | |
|--|--|---|---------------------------|---------------|
|  | AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO | Modulo Distribuzione Emoderivati | CODICE | |
| | | | EMOD.1 | |
| Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale C.da Pietrapollastra – 90015 – Cefalù Telefono: 0921/920532 Fax: 0921/920420 Email: diplaboratori@pec.asppalermo.org Email: medicinatrasfusionale@ausl6palermo.org Direttore: Dott.ssa Teresa Barone | | | <i>Data</i> 03/09/2013 | Pagina 1 di 1 |

Data _____

Prot. n _____

**Al Direttore del SIMT ASP PA
P.O. Cefalù**

Modulo di richiesta per Farmaci Emoderivati in conto lavorazione

Presidio Ospedaliero / Servizio di Farmacia richiedente:

n° telefono: _____

n° fax : _____

Responsabile : _____

Si chiede l'invio di:

ALBITAL Flaconi n° _____ Giacenza: _____

VENITAL 5 GR Flaconi n° _____ Giacenza: _____

FATT. VIII Flaconi n° _____ Giacenza: _____

FATT. IX Flaconi n° _____ Giacenza: _____

UMAN COMPLEX Flaconi n° _____ Giacenza: _____

ANTITROMBINA 1000UI Flaconi n° _____ Giacenza: _____

ANTITROMBINA 500 UI Flaconi n° _____ Giacenza: _____

Il Responsabile del Servizio di Farmacia

Modulo di risposta per l'eventuale acquisizione dal commercio

Non c'è disponibilità di prodotto in conto lavorazione e derivante dalla compensazione regionale, per indisponibilità :

- Presso SIMT
- Presso CRAE

NOTE : _____

Il Direttore dell'U.O.C. Medicina Trasfusionale
Dott.ssa Teresa Barone