



Modulo per la richiesta di
farmaci stupefacenti tabella
II D

Codice: MODFARM07

Data: 3 novembre 2022

Revisione: 5

SERVIZIO RICHIEDENTE _____ **CDC** _____

	FARMACO	N° CONF RICHIESTE
<input type="checkbox"/>	DEPALGOS*28CPR 10MG+325MG	
<input type="checkbox"/>	DEPALGOS*28CPR 5MG+325MG	
<input type="checkbox"/>	EFFENTORA*4CPR MUCOSAOS 100MCG	
<input type="checkbox"/>	EFFENTORA*4CPR MUCOSAOS 200MCG	
<input type="checkbox"/>	MATRIFEN*3CER 12MCG/ORA	
<input type="checkbox"/>	MATRIFEN*3CER 25MCG/ORA	
<input type="checkbox"/>	MATRIFEN*3CER 50MCG/ORA	
<input type="checkbox"/>	MSCONTIN *16CPS R.P. 30mg	
<input type="checkbox"/>	MSCONTIN*16CPS R.P. 10mg	
<input type="checkbox"/>	ORAMORPH*OS 20FL 5ML 10mg	
<input type="checkbox"/>	PALEXIA*30 CPR 100 MG R.P.	
<input type="checkbox"/>	PALEXIA*30 CPR 200 MG R.P.	
<input type="checkbox"/>	PALEXIA*30 CPR 50 MG R.P.	
<input type="checkbox"/>	TARGIN*28CPR 10MG+5MG R.P.	
<input type="checkbox"/>	TARGIN*28CPR 20MG+10MG R.P.	
<input type="checkbox"/>	TARGIN*28CPR 40MG+20MG R.P.	
<input type="checkbox"/>	TARGIN*28CPR 5MG+2,5MG R.P.	
<input type="checkbox"/>	TRAMADOLO GTT 10ML	
<input type="checkbox"/>	TRAMADOLO*20CPR 100MG	
<input type="checkbox"/>	TRANSTEC *3CER 52,5mcg	
<input type="checkbox"/>	TRANSTEC*3CER 35mcg	

Data _____

Timbro e Firma di un

Dirigente Medico
