

Spett.
UOC Farmacia Ospedaliera
Azienda ospedaliero-universitaria Senese
Laboratorio della Galenica Oncologica e Clinica
farmacia.oncologica@ao-siena.toscana.it

**Richiesta siringhe monouso di bevacizumab intravitale
secondo quanto disposto dalla DGRT n. 863/2018**

parte riservata alla AUSL Toscana Centro

Richiesta siringhe monouso pre-riempite da 0,2 ml di bevacizumab per iniezione intravitale:

Si richiedono n. _____ siringhe

per la seduta di somministrazione del giorno _____

da consegnare presso il centro _____

Farmacista Dirigente AUSL Toscana
Centro _____

data _____ timbro e firma _____

parte riservata alla AOUS - UOC Farmacia Ospedaliera

Preparazione effettuata il giorno _____ alle ore _____

Lotto di preparazione: _____ (es. BevaUC191025A) n. siringhe _____

validità: iniettare entro il _____ alle ore _____

conservare a temperatura fra 2C° e 8°C (gradi centigradi) al riparo dalla luce

consegnato il _____ da _____ alle ore _____

parte riservata al vettore

data di arrivo _____ ora partenza _____

Nome e cognome vettore _____

Firma leggibile vettore _____

parte riservata al destinatario

data di arrivo _____ ora arrivo _____

Nome e cognome destinatario _____

Firma leggibile destinatario _____

Il presente modulo è da restituire, unitamente alla copia del tracciato della temperatura di trasporto, al Laboratorio Galenica Oncologica e Clinica della UOC Farmacia Ospedaliera AOUS al fax 0577586144 o per mail farmacia.oncologica@ao-siena.toscana.it