

SEZIONE I: RICHIESTA ACCESSO - INVIARE IL MODULO COMPILATO NELLA SEZIONE I:

1) AL DIRETTORE DI U.O. (Incontro collegiale) o AL PROFESSIONISTA (Incontro individuale) per il prosieguo dell'iter
 2) ALLA SEGRETERIA DEL SERVIZIO FARMACIA E GOVERNO CLINICO DEL FARMACO (registroisf@ao.pr.it) per registrazione e censimento richieste

Il sottoscritto informatore scientifico della Ditta
 con sede a , in via , n. , abilitato all'attività di
 Informazione Scientifica ai sensi della DGR 2309/2016 con n. tesserino regionale (ove
 applicabile), recapito telefonico tel , email ,

CHIEDE

<input type="checkbox"/> al Direttore (o suo delegato) di poter effettuare attività di informazione scientifica rivolta alla/alle seguente/i UU.OO./S.S.D. dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: <input style="width:100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> al seguente Professionista <input style="width:100%;" type="text"/> afferente alla UU.OO./S.S.D. <input style="width:100%;" type="text"/> di poter effettuare attività di informazione scientifica
---	---

in merito al/ai seguenti farmaci

Nome commerciale	Principio Attivo	Forma farmac.	Dosaggio	ATC	Motivo della richiesta/note	Prevista consegna di camp. grat.
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

N.B. I campioni gratuiti non possono essere erogati agli assistiti in dimissione da ricovero e da visita specialistica, così come già previsto dalla DGR 896/03.

in merito al seguente dispositivo/i medico/i

Nome commerciale	Categoria CND	Classe di rischio	Motivo della richiesta/note
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>

Data della richiesta (gg/mm/aaaa)

FIRMA del ISF/DM richiedente

Sezione I: Richiesta accesso: ISF/DM compila **Sezione I** e richiede al Medico/Direttore di U.O. incontro secondo le disposizioni aziendali
Sezione II: Attestazione incontro: ISF/DM compila **Sezione II** e consegna al Medico per verifica, firma del Direttore/Responsabile di U.O. o Delegato e invio (entro il giorno dieci del mese successivo all'incontro alla Segreteria del Servizio Farmacia mail: registroisf@ao.pr.it o **posta interna**).

SEZIONE II: ATTESTAZIONE INCONTRO INVIARE IL MODULO COMPLETO E FIRMATO DAL DIRETTORE/RESPONSABILE ALLA SEGRETERIA DEL SERVIZIO FARMACIA e GOV. CL. FARMACO (registroisf@ao.pr.it)

Il giorno dalle ore (hh.mm) alle ore ,

presso il locale al piano del padiglione ;

presso lo studio medico del Professionista

si è svolta l'attività di informazione scientifica durante la quale il sottoscritto ha presentato i farmaci/dispositivi indicati in SEZIONE I.

Elenco dei presenti:

N.	Nome e cognome	Qualifica	Matricola
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data

Firma dell'Informatore Scientifico

Timbro e firma del Direttore /
Responsabile di U.O./S.S.D. o delegato

Spazio riservato alla registrazione dell'incontro da parte della Segreteria Servizio di Farmacia Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Registrazione dell'accesso n° . _____

Sezione I: Richiesta accesso: ISF/DM compila **Sezione I** e richiede al Medico/Direttore di U.O. incontro secondo le disposizioni aziendali
Sezione II: Attestazione incontro: ISF/DM compila **Sezione II** e consegna al Medico per verifica, firma del Direttore/Responsabile di U.O. o Delegato e invio (entro il giorno dieci del mese successivo all'incontro alla Segreteria del Servizio Farmacia mail: registroisf@ao.pr.it o **posta interna**).