

(intestazione della Farmacia/Ambulatorio/ Servizio)

Spett.
AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE
S.C. Assistenza Farmaceutica

PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

Oggetto: Distruzione sostanze stupefacenti inserite in tabella dei medicinali sez. A, B e C non utilizzabili

Il/La sottoscritto/a dott. _____ in qualità di _____

della Farmacia _____ CRF _____

ubicata in _____ via _____

CHIEDE

che venga effettuata la distruzione delle seguenti sostanze stupefacenti e psicotrope di cui alla Tabella dei medicinali sez. A, B e C, soggetti a carico e scarico nell'apposito registro di cui all'art.60 del DPR 309/90, non utilizzabili:

NOME COMMERCIALE/ DENOMINAZIONE GENERICA	COMPOSIZIONE	u.m.	Quantita'
Cannabis flos var. - BEDROCAN	<i>polvere</i>	<i>grammi</i>	
Cannabis flos var. - BEDROCAN	<i>sostanza attiva vegetale - residuo estrazione oleosa</i>	<i>grammi</i>	
Cannabis flos var. - FM2	<i>polvere</i>	<i>grammi</i>	
Cannabis flos var. - FM2	<i>sostanza attiva vegetale - residuo estrazione oleosa</i>	<i>grammi</i>	
Cannabis flos var. - BEDIOL	<i>polvere</i>	<i>grammi</i>	
Cannabis flos var. - BEDIOL	<i>sostanza attiva vegetale - residuo estrazione oleosa</i>	<i>grammi</i>	
Cannabis flos var. - BEDROLITE	<i>polvere</i>	<i>grammi</i>	
Cannabis flos var. - BEDROLITE	<i>sostanza attiva vegetale - residuo estrazione oleosa</i>	<i>grammi</i>	
CONTRAMAL	<i>5 fiale soluz iniett 50 mg 1 ml</i>	<i>confezioni</i>	
CONTRAMAL	<i>5 fiale soluz iniett 100 mg 2 ml</i>	<i>confezioni</i>	
DECA DURABOLIN	<i>25 mg/1ml da 1 fiala</i>	<i>confezioni</i>	
EQUASYM	<i>30 cps 10 mg rilascio modificato</i>	<i>confezioni</i>	
EQUASYM	<i>30 cps 20 mg rilascio modificato</i>	<i>confezioni</i>	
EQUASYM	<i>30 cps 30 mg rilascio modificato</i>	<i>confezioni</i>	
FENOBARBITALE SODICO (SALF)	<i>5 fiale 100 mg 2 ml</i>	<i>confezioni</i>	
GARDENALE	<i>20 cpr 100 mg</i>	<i>confezioni</i>	
GARDENALE	<i>30 cpr 50 mg</i>	<i>confezioni</i>	
LUMINALE	<i>10 fiale im 200 mg 1 ml</i>	<i>confezioni</i>	
LUMINALE	<i>20 cpr 100 mg</i>	<i>confezioni</i>	
LUMINALE	<i>30 cpr 15 mg</i>	<i>confezioni</i>	
METADONE	<i>5 mg/ml 5ml os sol</i>	<i>flacone</i>	

NOME COMMERCIALE/ DENOMINAZIONE GENERICA	COMPOSIZIONE	u.m.	Quantita'
METADONE	1 mg/ml 20 ml sciroppo	flacone	
MORFINA	10 mg 1 ml da 1 fiala	confezioni	
MORFINA	10 mg 1 ml da 5 fiale	confezioni	
MORFINA	20 mg 1 ml conf. da 1 fiala	confezioni	
MORFINA	20 mg 1 ml conf. da 5 fiale	confezioni	
RITALIN	10 mg da 30 compresse	confezioni	
ROIPNOL	1 mg da 10 compresse	confezioni	
SUBOXONE	7 cpr sublinguali 8 mg + 2 mg	confezioni	
SUBOXONE	7 cpr sublinguali 2 mg + 0,5 mg	confezioni	
SUBOXONE	28 cpr sublinguali 16 mg + 4 mg	confezioni	
TEMGESIC	0,3 mg / ml da 5 fiale	confezioni	
TEMGESIC	0,2 mg 10 compresse sublinguali	confezioni	

Aggiungere di seguito eventuali farmaci/confezionamenti non ricompresi nella Tabella di cui sopra:

NOME COMMERCIALE/ DENOMINAZIONE GENERICA	COMPOSIZIONE	u.m.	Quantita'

Firma e timbro (in originale in tutte le copie)

(località)

(data)

N.B. La presente, sostituisce eventuali richieste presentate in precedenza

Compilare e spedire a mezzo PEC all' indirizzo: asfo.protgen@certsanita.fvg.it