

(intestazione della Farmacia/Ambulatorio/Servizio)

Spett.

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

S.O.C. Assistenza Farmaceutica

Via Vecchia Ceramica, 1

33170 – PORDENONE

Pec: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

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

Il sottoscritto dott. _____ in qualità di _____

della Farmacia/Ambulatorio/Altro _____

ubicato 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, non utilizzabili:

NOME COMMERCIALE	COMPOSIZIONE	u.m.	Quantita'
BEDROCAN	<i>polvere</i>	<i>grammi</i>	
CODEINA FOSFATO	<i>polvere</i>	<i>grammi</i>	
CLORAZEPATO DIPOTASSICO	<i>polvere</i>	<i>grammi</i>	
DECA DURABOLIN	<i>25 mg/1ml da 1 fiala</i>	<i>confezioni</i>	
DECA DURABOLIN	<i>50 mg/1ml da 1 fiala</i>	<i>confezioni</i>	
DOLOREX	<i>10 mg/ml 10 ml</i>	<i>flacone</i>	
FENOBARBITALE	<i>100 mg da 5 fiale</i>	<i>confezioni</i>	
FENOBARBITALE	<i>100 mg da 10 fiale</i>	<i>confezioni</i>	
FENOBARBITALE	<i>100mg (solo per ospedali)</i>	<i>fiale</i>	
FENOBARBITALE SODICO CART	<i>6mg polvere</i>	<i>cartine</i>	
FENOBARBITALE SODICO CART	<i>8mg polvere</i>	<i>cartine</i>	
FENTANEST	<i>0,1mg/2ml</i>	<i>fiale</i>	
GARDENALE	<i>50 mg da 30 compresse</i>	<i>confezioni</i>	
GARDENALE	<i>50 mg (solo per ospedali)</i>	<i>compresse</i>	
GARDENALE	<i>100 mg da 20 compresse</i>	<i>confezioni</i>	
GARDENALE	<i>100 mg (solo per ospedali)</i>	<i>compresse</i>	
IMALGENE 1000	<i>10% (solo per ospedali)</i>	<i>ml</i>	
KETAMINA MOLTENI	<i>50mg/ml 2ml fiale (solo per ospedali)</i>	<i>fiale</i>	
LUMINALE	<i>200 mg/ml 1ml da 10 fiale</i>	<i>confezioni</i>	
LUMINALE	<i>100 mg da 20 compresse</i>	<i>confezioni</i>	
LUMINALE	<i>15mg da 30 compresse</i>	<i>confezioni</i>	
LUMINALE	<i>15mg (solo per ospedali)</i>	<i>compresse</i>	
METADONE	<i>1 mg/ml 10 ml sciroppo</i>	<i>flacone</i>	
METADONE	<i>1 mg/ml 20 ml sciroppo</i>	<i>flacone</i>	
METADONE	<i>1 mg/ml 60 ml sciroppo</i>	<i>flacone</i>	
METADONE ML	<i>1 mg/ml sciroppo (solo per ospedali)</i>	<i>ml</i>	
MORFINA	<i>10 mg 1 ml da 1 fiala</i>	<i>confezioni</i>	
MORFINA	<i>10 mg 1 ml da 5 fiale</i>	<i>confezioni</i>	
MORFINA	<i>10 mg 1 ml (solo per ospedali)</i>	<i>fiale</i>	
MORFINA	<i>20 mg 1 ml da 1 fiala</i>	<i>confezioni</i>	
MORFINA	<i>20 mg 1 ml da 5 fiale</i>	<i>confezioni</i>	
MORFINA	<i>20 mg 1 ml (solo per ospedali)</i>	<i>fiale</i>	
MORFINA	<i>40 mg 1 ml (solo per ospedali)</i>	<i>fiale</i>	
MORFINA	<i>5 mg 1 ml (solo per ospedali)</i>	<i>fiale</i>	
PETIDINA	<i>100mg/2ml da 5 fiale</i>	<i>confezioni</i>	

NOME COMMERCIALE	COMPOSIZIONE	u.m.	Quantita'
PETIDINA	<i>100mg/2ml (solo per ospedali)</i>	<i>fiale</i>	
RITALIN	<i>10 mg da 30 compresse</i>	<i>confezioni</i>	
ROIPNOL	<i>1 mg da 10 compresse</i>	<i>confezioni</i>	
ROIPNOL	<i>1 mg (solo per ospedali)</i>	<i>compresse</i>	
SUBOXONE	<i>8+2 mg da 7 compresse sublinguali</i>	<i>confezioni</i>	
SUBOXONE	<i>8+2 mg da 7 compresse sublinguali (solo per ospedali)</i>	<i>compresse</i>	
SUBOXONE	<i>2+0,5 mg da 7 compresse sublinguali</i>	<i>confezioni</i>	
SUBOXONE	<i>2+0,5 mg da 7 compresse sublinguali (solo per ospedali)</i>	<i>compresse</i>	
TEMGESIC	<i>0,3 mg /ml da 5 fiale</i>	<i>confezioni</i>	
TEMGESIC	<i>0,2 mg 10 compresse sublinguali</i>	<i>confezioni</i>	
ULTIVA	<i>0,4 mg/ml 5 ml da 5 fiale</i>	<i>fiale</i>	

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