

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

-----  
parte riservata alla USL Toscana Centro

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

Si richiedono n. \_\_\_\_\_ siringhe

per la seduta di somministrazione del giorno \_\_\_\_\_

da consegnare presso il centro \_\_\_\_\_

Farmacista Dirigente USL Toscana Centro \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ timbro e firma \_\_\_\_\_

-----  
parte riservata alla Farmacia Oncologica

Preparazione effettuata il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Lotto di preparazione: \_\_\_\_\_ es. BevaUC191025A n. siringhe \_\_\_\_\_

validità: iniettare entro il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

conservare a temperatura fra 2 e 8°C 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 \_\_\_\_\_

Da restituire unitamente alla copia il tracciato temperatura di trasporto alla Galenica Oncologica e Clinica UOC Farmacia Ospedaliera AOUS fax 0577586144 o per mail [farmacia.oncologica@ao-siena.toscana.it](mailto:farmacia.oncologica@ao-siena.toscana.it)