



ALLEGATO IV

RICETTA MEDICO VETERINARIA NON RIPETIBILE SPECIALE (RNRP)

per la prescrizione dei medicinali veterinari di cui all'articolo 44, comma 3, Decreto legislativo XXX, per gli animali destinati a produrre alimenti

Parte 1

	PRESCRITTORE (MEDICO VETERINARIO)		ACQUIRENTE	
	Dr (Nome e Cognome) Recapito (Indirizzo, CAP – Località, telefono – telefax – e mail) Codice Fiscale o Partita I.V.A.		Persona fisica o giuridica (Nome e Cognome/Ragione Sociale) Recapito (Indirizzo, CAP – Località, telefono – telefax – e mail) Codice Fiscale o Partita I.V.A.	
	FORNITORE (FARMACIA o GROSSISTA)		DESTINATARIO	
	Persona fisica o giuridica (Nome e Cognome/Ragione Sociale) Recapito (Indirizzo, CAP – Località, telefono – telefax – e mail) Codice Fiscale o Partita I.V.A.		Persona fisica o giuridica (Nome e Cognome/Ragione Sociale) Recapito (Indirizzo, CAP – Località, telefono – telefax – e mail) Codice Fiscale o Partita I.V.A. - Codice Aziendale	
	A	B	C	D
DENOMINAZIONE e PRESENTAZIONE R/				
QUANTITÀ (1)	n. [] [] [] [] []	n. [] [] [] [] []	n. [] [] [] [] []	n. [] [] [] [] []
POSOLOGIA (2) S/	<input type="checkbox"/> vedi foglietto illustrativo <input type="checkbox"/> somministra come segue:	<input type="checkbox"/> vedi foglietto illustrativo <input type="checkbox"/> somministra come segue:	<input type="checkbox"/> vedi foglietto illustrativo <input type="checkbox"/> somministra come segue:	<input type="checkbox"/> vedi foglietto illustrativo <input type="checkbox"/> somministra come segue:
SOSPENSIONE (3)	<input type="checkbox"/> vedi foglietto illustrativo n. [] [] [] giorni	<input type="checkbox"/> vedi foglietto illustrativo n. [] [] [] giorni	<input type="checkbox"/> vedi foglietto illustrativo n. [] [] [] giorni	<input type="checkbox"/> vedi foglietto illustrativo n. [] [] [] giorni
TRATTAMENTO (4)	<input type="checkbox"/> terapeutico <input type="checkbox"/> zootecnico	<input type="checkbox"/> terapeutico <input type="checkbox"/> zootecnico	<input type="checkbox"/> terapeutico <input type="checkbox"/> zootecnico	<input type="checkbox"/> terapeutico <input type="checkbox"/> zootecnico
CAP (5)	n. [] [] [] [] capi	n. [] [] [] [] capi	n. [] [] [] [] capi	n. [] [] [] [] capi
IDENTIFICAZIONE DEGLI ANIMALI (6) SPECIE				
RAZZA (7)				
SESSO (7)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> misti	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> misti	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> misti	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> misti
ETA (7)	[] [] anni [] [] mesi	[] [] anni [] [] mesi	[] [] anni [] [] mesi	[] [] anni [] [] mesi
	Località, li, [] [] / [] [] / 20 [] []	Firma del medico veterinario		Timbro del medico veterinario
Parte 2	Località, li, [] [] / [] [] / 20 [] []	DOCUMENTO DI TRASPORTO n. [] [] [] [] [] / 20 [] []		Timbro del farmacista

Fronte



LEGENDA

PARTE 1: parte della ricetta riservata al medico veterinario

Prescrittore: indicazione obbligatoria

Fornitore: indicazione obbligatoria

Acquirente: indicazione obbligatoria solo se l'acquirente è diverso dal destinatario

Destinatario: indicazione obbligatoria

PARTE 2: parte della ricetta riservata al farmacista

(1) indicazione obbligatoria: indicare il numero di confezioni prescritte

(2) indicazione obbligatoria: indicare la posologia se diversa da quella indicata sul foglietto illustrativo, indicare "vedi foglietto illustrativo" se identica a quella ivi prevista

(3) indicazione obbligatoria: indicare il tempo di sospensione qualora diverso da quello previsto dalla A.I.C.

(4) indicazione obbligatoria: indicare ai sensi di quanto previsto con Decreto legislativo 336/1999, barrando la voce che interessa

(5) indicazione obbligatoria indicare il numero di capi da trattare con il medicinale veterinario prescritto

(6) indicazione obbligatoria: indicare: marca auricolare, microchip, tatuaggio, box, capannone o altro identificativo necessario e sufficiente ad individuare gli animali da trattare.

In caso di trattamento differito indicare "trattamento differito"

(7) indicazioni facoltative: in caso di compilazione barrare la voce che interessa

(8) indicazione obbligatoria nel caso la ricetta sia utilizzata quale documento di trasporto

VALIDITÀ DELLA RICETTA: 15 giorni dalla data della prescrizione

TRASMISSIONE DELLA RICETTA ALL'A.S.L. DA PARTE DEL FARMACISTA : entro 15 giorni dalla data della dispensazione dei medicinali veterinari.

La trasmissione non si effettua a far data dall'entrata in vigore della banca dati nazionale dei farmacisti

retro



DOCUMENTO PER LA CESSIONE DI CAMPIONI RIDOTTI AI MEDICI VETERINARI

CEDENTE IL MEDICINALE VETERINARIO Persona fisica o giuridica (Nome e Cognome/Ragione Sociale) Recapito (Indirizzo, CAP – Località, telefono – telefax – e mail) Codice Fiscale o Partita I.V.A.		CEDENTE IL MEDICINALE VETERINARIO Persona fisica o giuridica (Nome e Cognome/Ragione Sociale) Recapito (Indirizzo, CAP – Località, telefono – telefax – e mail) Codice Fiscale o Partita I.V.A.	
MEDICO VETERINARIO Dr (Nome e Cognome) Recapito (Indirizzo, CAP – Località, telefono – telefax – e mail) Codice Fiscale o Partita I.V.A.		MEDICO VETERINARIO Dr (Nome e Cognome) Recapito (Indirizzo, CAP – Località, telefono – telefax – e mail) Codice Fiscale o Partita I.V.A.	
A		B	
DENOMINAZIONE e PRESENTAZIONE		DENOMINAZIONE e PRESENTAZIONE	
QUANTITÀ n. pezzi		QUANTITÀ n. pezzi	
Località, li, / / 20		Località, li, / / 20	
Firma e timbro del cedente il campione ridotto		Firma e timbro del cedente il campione ridotto	
Firma e timbro del medico veterinario che riceve il campione ridotto		Firma e timbro del medico veterinario che riceve il campione ridotto	
MADRE da conservarsi a cura della persona fisica o giuridica cedente il medicinale veterinario		FIGLIA da conservarsi a cura del medico veterinario	