



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Dipartimento Farmaceutico
Servizio Farmaceutico Territoriale

Il direttore

Spett.le

Ordine dei Medici della provincia di Modena

Ordine dei Medici Veterinari della provincia di Modena

e p.c. Servizio Veterinario Aziendale

OGGETTO: Distruzione medicinali stupefacenti anno 2022

Anche quest'anno il Servizio Farmaceutico intende procedere, a favore dei Medici e Dottori veterinari che lo desiderino, alla distruzione delle sostanze, preparazioni e specialità medicinali stupefacenti, di cui all'art. 14 del D.P.R. n. 309/90, soggette a registrazioni di entrata ed uscita che siano in loro possesso, ma deteriorate, scadute, revocate o comunque non più utilizzabili.

Allegato alla presente si invia pertanto il fac-simile della domanda e dell'elenco quali/quantitativo degli stupefacenti da distruggere. Si precisa che tale elenco dovrà comprendere tutte le sostanze stupefacenti da distruggere giacenti presso le strutture, ad eccezione di quelle eventualmente oggetto di sequestro e affidate in custodia, relativamente a procedimenti giudiziari non ancora conclusi.

Sarà cura dei Medici e dei Dottori veterinari interessati inviare la richiesta e il relativo elenco – compilato in ogni sua parte con la massima precisione e poi debitamente timbrato e firmato - **entro e non oltre il 05 settembre 2022** ai seguenti indirizzi mail:

cr.betti@ausl.mo.it – ce.vaccari@ausl.mo.it

Il Servizio Farmaceutico, acquisite le richieste ed i relativi elenchi dei quali i Medici e Dottori Veterinari dovranno conservare copia, comunicherà successivamente alle SS.LL. interessate, le modalità operative per l'esecuzione di quanto in oggetto.

Cordiali saluti.

f.f. Dr.ssa Chiara Ajolfi

Allegati n.1:

Fac-simile di "Richiesta di distruzione di medicinali stupefacenti ed Elenco degli stupefacenti da distruggere"

DATA _____

**AL SERVIZIO. FARMACEUTICO TERRITORIALE
DELL'AZIENDA U.S.L. DI MODENA
Largo del Pozzo 71/b – 41124 MODENA**

RICHIESTA DI DISTRUZIONE DI MEDICINALI STUPEFACENTI

Il Sottoscritto Dott. _____
Residente in _____ via _____ N° _____
Tel. _____ .Fax. _____ .e-mail. _____

CHIEDE

che si provveda alla distruzione dei medicinali stupefacenti non più utilizzabili ed in proprio acquistati mediante auto ricetta ed elencati di seguito alla presente domanda.

Timbro e Firma _____

ELENCO DEGLI STUPEFACENTI DA DISTRUGGERE

| DENOMINAZIONE (precisare nome specialità, dosaggio e forma farmaceutica) | QUANTITA' (precisare n° confez. o n° di unità posologiche usate per la registrazione in entrata -uscita) |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |