

 <b>ASL Oristano</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Percorso Front Office</b> <b>Richieste Ripetibili</b>	PRO/PDTA
		Data: Luglio 2026
		Revisione: 0
		Pagina: 1 di 3

## Richiesta Rinnovo Prescrizione

Il modulo sotto riportato, utilizzabile unicamente per richiedere la ripetizione di prescrizioni (Ricette) già ricevute in precedenza relative a terapie croniche per le quali non c'è stata alcuna necessità di modifica, deve essere trasmesso alla mail [prescrizionicdc.oristano@asloristano.it](mailto:prescrizionicdc.oristano@asloristano.it)

N.B. L'utente deve aver già avuto una prescrizione equivalente dal Medico al quale si richiede di rinnovare la prescrizione.

### 1. Dati essenziali utente

Rinnovo prescrizione routinaria già nota

Cognome e nome utente	
Data di nascita	
Codice fiscale	
Comune di residenza	
Recapito telefonico	
Indirizzo mail	
MMG di riferimento (ASCOT)	
Sono presenti sintomi, necessità di variazioni di dosaggio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ in questo caso non verrà fornita la prescrizione perché è necessaria la visita.
Modalità di re-invio prescrizione	al mio Fascicolo Sanitario Elettronico personale <input type="checkbox"/> re-inviata alla mia mail indicata <input type="checkbox"/> allo sportello della Casa Comunità

 <b>ASL Oristano</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Percorso Front Office</b> <b>Richieste Ripetibili</b>	PRO/PDTA
		Data: Luglio 2026
		Revisione: 0
		Pagina: 2 di 3

## 2. Prescrizione richiesta: utilizzare un modulo per ogni farmaco

Cognome e Nome		Codice di Eventuale Esenzione Ticket	
Farmaco 1			
Confezionamento	Posologia: modalità e dosaggio assunto	Numero di confezioni richiesta	

Farmaco 2		Codice di Eventuale Esenzione Ticket	
Confezionamento	Posologia: modalità e dosaggio assunto	Numero di confezioni richiesta	

Farmaco 3		Codice di Eventuale Esenzione Ticket	
Confezionamento	Posologia: modalità e dosaggio assunto	Numero di confezioni richiesta	

 <b>ASL Oristano</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Percorso Front Office</b> <b>Richieste Ripetibili</b>	PRO/PDTA
		Data: Luglio 2026
		Revisione: 0
		Pagina: 3 di 3

Cognome e Nome		Codice di Eventuale Esenzione Ticket	
Farmaco 4			
Confezionamento	Posologia: modalità e dosaggio assunto	Numero di confezioni richiesta	

Farmaco 5		Codice di Eventuale Esenzione Ticket	
Confezionamento	Posologia: modalità e dosaggio assunto	Numero di confezioni richiesta	

N.B.

Criteri di rigetto o rinvio a visita

- Dati anagrafici insufficienti.
- Farmaco non chiaramente identificabile.
- Necessità di rivalutazione clinica a discrezione del medico prescrittore

Il medico può richiederle di presentarsi per una visita in presenza qualora abbia necessità di maggiori informazioni

La prescrizione sarà resa disponibile sul Fascicolo Sanitario Elettronico personale nelle 48-72 ore lavorative successive alla richiesta

È possibile ritirare le prescrizioni anche allo sportello della Casa di Comunità di Oristano dal

I dati saranno trattati secondo [Privacy Policy - ASL Oristano](#)