



TRACCIA PROVA PRATICA : N.1 – N.2 – N.3

“ SI CHIEDE AL CANDIDATO DI INDIVIDUARE LE EVENTUALI IRREGOLARITÀ PRESENTI NELLE RICETTE SSN PROPOSTE. SI CHIEDE INOLTRE DI DESCRIVERE SINTETICAMENTE LA NORMATIVA E LE PROCEDURE ISTRUTTORIE PROPRIE DEL SERVIZIO FARMACEUTICO DELL’ATS LEGATE ALLA GESTIONE DI TALI IRREGOLARITA”.



22/09/2021
PROVA PRATICA NON ESTRATTA
PROVA 3
Francesca M.

ROSSI MARIO



P 0 3 0 1 5

4 0 7 5 0 2 6 1 0 5 8

COGNOME INIZIALI (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE LOMBARDIA



RSSMRI82M24F205L

<input checked="" type="checkbox"/> N	<input checked="" type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> R	(vedi avvertenze sul foglio)
ONERANTE	COD. CI. ESTERNO	REDDITO	FIRMA AUTOCERTIFICANTE

M	L	3	2	I	CODICE FISCALE				
SIGLA PROVINCIA					CODICE ASI				

ESKIM*20CPS MOLLI 1000MG 2 conf.

0	9	4	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/>
NOTA			SUGG.	RICOV.	ALTRO
<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> U	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> D
NOTA			PILICITA' DELLA PRESTAZIONE		

FARMACIAZIONE

			2
NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI			

TIPO DI RICETTA	

1	7	0	7	1	9
DATA					

Dott. VERDI CARLO
Cod. Reg. n.
Tel. n.
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

ESKIM 1000 MG CPS MOLLI 20 capsule A027618040 Abbott S.p.A. 072115597	
CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

ESKIM 1000 MG CPS MOLLI 20 capsule A027618040 Abbott S.p.A. 072115603	
CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

FARMACIA N. ASL MI DATA PRESCRIZIONE 22/09/2021	
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO	
GALERIA CHIAMATI ALTRO	



ROSSI MARIO



03015

41092479646

CONVENZIONE PROVVISORIA... (small text)

POSIZIONE LOCALE PRESCRITTO DALLA LEGGE:

004XXONMID

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE LOMBARDIA



RSSMR182M24F205L

CODICE FISCALE

Form with 'N' in a circle and empty boxes for 'CON ESERPIRE' and 'CODICE ESERPIRE'.

Form with 'R' in a circle and empty boxes for 'REDDITO' and 'FIRMA AUTOCERTIFICANTE'.

Form with 'MI310' in boxes for 'SIGLA PROVINCIA' and 'CODICE ASL'.

Form with empty boxes for 'CODICE FISCALE'.

PALEXIA 30CPR 50MG RP [TAPENTADOLO CLORIDRATO]. Una Confezione

TDL

PRESCRIZIONE

(Barrare se non utilizzati)

Form with 'X X X' in boxes for 'NOTA'.

Form with 'S H' in circles for 'SUGG' and 'RICOV', and 'ALTRD'.

Form with 'X X X' in boxes for 'NOTA'.

Form with 'U B D P' in circles for 'PRIORITY DELLA PRESTAZIONE'.

VERDI Dott.ssa CARLA a
Cod. Reg. 140700

Signature

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Form with empty boxes for 'DATA' and 'TIMBRO STRUTTURA EROGANTE'.

Form with '070618' in boxes for 'DATA SPEDIZIONE' and 'TIMBRO STRUTTURA EROGANTE'.

Form with '36' in a box for 'NUMERO RECESSIVO'.

Form with empty boxes for 'IMPORTI' and 'GALLERIA DI CHIAMATE'.

Form with '001' in boxes for 'NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI'.

Form with empty boxes for 'TIPO DI RICETTA'.

Form with '070518' in boxes for 'DATA'.

Product information for PALEXIA 50mg 30cps, including barcode and manufacturer details (GALLEN ITALIA S.p.A.).

Form with 'CODICE' and 'NUMERO' boxes for the first two items.

Form with 'CODICE' and 'NUMERO' boxes for the next two items.

Form with 'CODICE' and 'NUMERO' boxes for the first two items.

Form with 'CODICE' and 'NUMERO' boxes for the next two items.

Form with 'CODICE' and 'NUMERO' boxes for the next two items.



22/01/2021

PROVA PRATICA BST MTA

Francesca

PROVA 2

ROSSI MARIO

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O MALATO) CHE PRESCRITTO DALLA LEGGE



J 0 3 0 1 8



4 0 1 1 7 7 2 1 0 7 8



INDIRIZZO (OVI) PRESCRITTO DALLA LEGGE

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE LOMBARDIA

RSSMR182M24F205L

CODICE FISCALE

(N) 0 4 B

(R)

(vedi avvertenze al punto)

NON ESSENTE

CODICE ESSENZA OVI

REDDITO

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

SIGLA PROVINCIA CODICE ASL

SIGLA PROVINCIA CODICE ASL

PARACETAMOLO+CODEINA 500+30MG 16 UNITA' USO ORALE

2 scatola/e

Medicini già non utilizzate:

X X X

X X X

S H
SUGG. RUCON. ALTRO
J B D P

PRESCRIZIONE

TDL

2

NUMERO COPERTURE / PRESTAZIONI

TIPO DI RICEVUTA

1 7 1 0 1 8

DATA



CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

DOTT.SSA I VERDI CARLA ASST
FATEBENEFRATELLI SACCO
C.F. TEL.

TIMBRE E FIRMA DEL MEDICO



NUMERO PROGRESSIVO

Stamp with handwritten numbers and signature

CAPI...
DEI...
ALTI...



ROSSI MARIO

SCRITTO DALLA LEGGE



703015



41125812845



MILANO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE LOMBARDIA



RSSMR182M24F205L

CODICE FISCALE

(N)	T	D	I				
------------	---	---	---	--	--	--	--

NON ESENTE

CODICE ESERIZIONE

(R)

REDDITO

Tipi esenzioni sui redditi

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

M	T	3	0	8
---	---	---	---	---

TIPO FARMACIA

CODICE ASL

--	--	--	--	--	--	--	--

(Barre se non utilizzate)

/	/	/
---	---	---

NOTA

/	/	/
---	---	---

NOTA

(S)	(H)	<input type="checkbox"/>	
SUGG.	RICCV.	ALTRO	
(U)	(B)	(D)	(P)
PRIORITY DELLA PRESTAZIONE			

PRESCRIZIONE

TEMGESIC 0,2MG 10CPR

due confezioni (Classe A)

Dolore neuropatico arti inf.

Due cp al giorno

0	0	2
---	---	---

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

--	--

TIPO DI RUSETTA

0	7	0	1	1	9
---	---	---	---	---	---

DATA



CODICE				NUMERO			
CODICE				NUMERO			

CODICE				NUMERO			
CODICE				NUMERO			

CODICE				NUMERO			
CODICE				NUMERO			

CODICE				NUMERO			
CODICE				NUMERO			

Cod Reg

ATS DI MILANO
Dott. VERDI CARLO
Medico Med. Generale

NUMERO E FIRMA DEL MEDICO

M) Farmacia MILANO

1	0	0	1	1	9
---	---	---	---	---	---

DATA PRESCRIZIONE / NUMERO STRUTTURA ELEGANTE

E 3.6072

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI

00143

--	--	--	--	--	--	--	--

TESTI

--	--	--	--	--	--	--	--

DALE
PER OMM
ALTRQ



22/09/2021

PROVA PRATICA NOV EST MAT A

Francesca M.

PROVA 1

ROSSI MARIO



J 0 3 0 1 6 4 0 5 8 0 3 0 1 4 3 6

VIA VIGEVANO 20129, 5
MILANO (MI)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE LOMBARDIA

0050XCYN2



R S S M R I 8 2 M 2 4 F 2 0 5 L

N	E 3 0	R	M I 3 0 8
----------	--------------	----------	------------------

036638029 Qta:3 - CLOZAPINA HEX*28CPR 25MG AZB CLOZAPINA 28x25MG OS
EMOCROMO + FORMULA NELLA NORMA

PRESCRIZIONE

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	H		U	B	D
SUGG			RICOV		ALTRO

A.O. Ospedale Niguarda Ca Granda

Rep: 128
Dott. VERDI CARLO

1 8 0 5 1 8

ID RICETTA

210618

0 0 3

0035390018
001529522

0035390018
001478276

0035390018
001478275

23

59



ROSSI MARIO

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE LOMBARDIA

RSSMRI82M24F205L

CODICE FISCALE

Form fields for patient details: IN ESENTE (N), CODICE ESENZIONE (C02), REDDITO (X), FIRMA AUTOCERTIFICANTE, SIGLA PROVINCIA (MI), CODICE ASL (803018).

RIVASTIGMINA 9.5 MG / 24 ORE CEROTTO TRANSDERMICO - FASCIA A -

Priority of service selection: SUGG. (S), RICOV. (H), ALTRO (circle), U, B, D, P.

DOTT. VERDI CARLO

Handwritten signature and date: 21 MAG 2019

002 NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

200519 DATA



Form fields for drug codes and numbers.

FARMACIA S. GIUSEPPE S.p.A.

21 MAG 2019

DATA SPEDIZIONE

Form fields for drug codes and numbers.

Form fields for drug codes and numbers.

Form fields for drug codes and numbers.

Form fields for pharmacy and patient details.