

Concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di un posto di Dirigente Farmacista disciplina di Farmacia Ospedaliera

PROVA PRATICA

PROVA N. 1

Il candidato descriva la seguente prescrizione di galenico magistrale dal punto di vista della tecnica di

Prescrizione di galenico magistrale al Servizio di Farmacia Ospedaliera

Reparto...**Neonatologia degenza** Data...01/01/2020

Si richiede la seguente prescrizione galenica magistrale:

Principio attivo...SPIRONOLATTONE Dosaggio...2mg

Posologia/die...2mg BID

Forma farmaceutica...CARTINE N° dosi forma...14

Per il paziente ...A.B. (nosologico...) **di anni/mesi....36 settimane peso...1630g**

Affetto da...edema da ipertensione

Timbro e firma Medico.....A.M.G.

allestimento e delle norme di riferimento. Si specifica che ogni dose-forma dovrà avere

PROVA N. 2

Il candidato descriva la seguente prescrizione di galenico magistrale dal punto di vista della tecnica di allestimento e delle norme di riferimento. Si specifica che ogni dose-forma dovrà avere massa di 100mg

Prescrizione di galenico magistrale al Servizio di Farmacia Ospedaliera

Reparto...**Neonatologia degenza** Data...01/01/2020

Si richiede la seguente prescrizione galenica magistrale:

Principio attivo...FENITOINA Dosaggio...6mg

Posologia/die...6mg BID

Forma farmaceutica...CARTINE N° dosi forma...14 (7 giorni)

Per il paziente ...C.D. (nosologico...) **di anni/mesi....4 giorni peso...3545g**

Affetto da...convulsioni neonatali

Timbro e firma Medico.....Z.A.

PROVA N. 3

Il candidato descriva la seguente prescrizione di galenico magistrale dal punto di vista della tecnica di allestimento e delle norme di riferimento. Si specifica che ogni dose-forma dovrà avere massa di 100mg

Prescrizione di galenico magistrale al Servizio di Farmacia Ospedaliera

Reparto...**Neonatologia terapia intensiva**

Data...01/01/2020

Si richiede la seguente prescrizione galenica magistrale:

Principio attivo...SILDENAFIL Dosaggio...0,4 mg

Posologia/die...0,4mg per 4 volte/die

Forma farmaceutica...CARTINE N° dosi forma...28

Per il paziente ...E.F. (nosologico...) di anni/mesi....6 mesi **peso...2170g**

Affetto da...ipertensione arteriosa polmonare in pretermine

Timbro e firma Medico.....G.N.