

# FILLING A PRESCRIPTION

## at your on-installation pharmacy

It is important to know the pharmacy will fill prescriptions in the USAHC-V pharmacy only if the prescription is written to standard. Cut out this handy example and provide to your network providers when they are writing prescriptions to be filled. The medication must be something carried by the USAHC-V pharmacy as an FDA approved medication.



✓ **Please Note: All of the following elements must be met and written in English to be considered valid**  
(Attenzione: tutti i seguenti elementi devono essere compilati e scritti in inglese per venire considerati validi)

✓ **Be sure prescription is typed or use ink**  
(Assicurati che la prescrizione sia scritta a computer o con inchiostro in modo leggibile)

✓ **No controlled substances may be prescribed**  
(Non è possibile prescrivere sostanze stupefacenti o psicotrope)

### Patient Information (Informazioni paziente)

(NOME COMPLETO DEL PAZIENTE)

(DATA DI NASCITA DEL PAZIENTE)

(PESO DEL PAZIENTE IN KG SE SOTTO I 12 ANNI)

## \*\*SAMPLE PRESCRIPTION\*\* (ESEMPIO PRESCRIZIONE DI MEDICINALI)

Patient's Full Name:

Patient's Date of Birth

Patient's Weight in KG if under 12 years old

Date Prescription Written/Signed

(DATA PRESCRIZIONE/FIRMA)

Rx: **\*\*SAMPLE USE ONLY\*\*** (Rx: **\*\* SOLO PER ESEMPIO \*\***)

**LISINOPRIL 40 MG**  
(LISINOPRIL 40 MG)

**TAKE 1 TABLET BY MOUTH EVERY DAY**  
(Prendi 1 compressa per via orale ogni giorno)

**FOR HIGH BLOOD PRESSURE**  
(per ipertensione arteriosa)

**QUANTITY: 90**  
(Quantità)

**REFILLS: 3**  
(Ripetibilità prescrizione)

*John Smith*  
John Smith, MD

0444-123456

### Drug Information (Informazioni sui farmaci)

- ✓ Name (generic preferred)  
Nome (preferibilmente il generico)
- ✓ Strength  
(principio attivo)
- ✓ Dosage form (tablet, capsule)  
Forma di dosaggio  
(compressa, capsula)

### Provider Information (Informazioni del medico)

- ✓ Signature (Stamped or signed)  
(Firma e timbro)
- ✓ Contact phone  
(Contatto telefonico)

### Directions (Istruzioni)

- ✓ Name must be specific!  
(Sii specifico)
- ✓ Route of administration  
(Via di somministrazione)
- ✓ Anticipated duration  
(Durata prevista)
- ✓ (Antibiotics, eye drops, etc) (antibiotici, colliri, ecc)
- ✓ Provide reason for use  
(Fornire il motivo per l'uso)

When prescribing weight-based medications to a child under 12 years of age, include dosing strategy (example: 90 mg/kg/day) and child weight  
(Quando si prescrivono farmaci a base di peso a un bambino di età inferiore a 12 anni, includere i valori di dosaggio (esempio: 90 mg / kg / giorno) ed il peso del bambino)