



## ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PADOVA

# ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA PRESCRIZIONE DEMATERIALIZZATA DELLA RICETTA BIANCA ALL'INTERNO DEL SISTEMA TS-TESSERA SANITARIA

*a Cura della Dott.ssa Maria Chiara Corti e del Dott. Paolo Simonato*

### REQUISITI:

I Medici/Odontoiatri **non dipendenti e non convenzionati** (es. liberi professionisti) **devono:**

- Registrarsi nel sistema TS, può essere richiesta all'Ordine di appartenenza.
- **Essere dotati di SPID/CIE**

I Medici/Odontoiatri **dipendenti o convenzionati** (es. MMG, PLS, CA) **devono:**

- Chiedere la registrazione nel sistema TS all'Azienda Sanitaria di riferimento.
- **Essere dotati di SPID/CIE**

**VERIFICA SE IL TUO PROFILO È GIÀ ATTIVO PRIMA DI  
CONTATTARE L'ORDINE.**



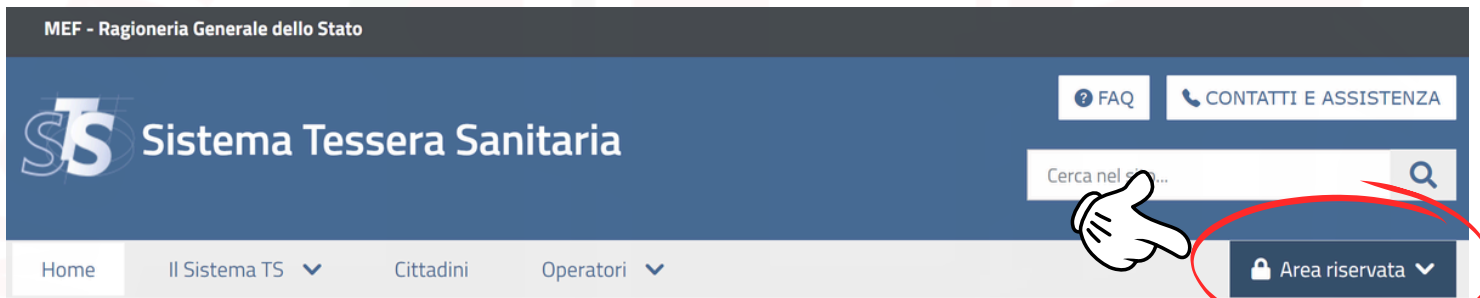
**IN CASO NON RISULTASSE ATTIVO  
SCRIVI a [info@omco.pd.it](mailto:info@omco.pd.it) o  
CHIAMA il 049.8718855**



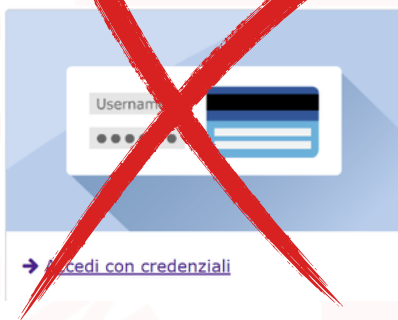
# ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PADOVA

Entra nel sito

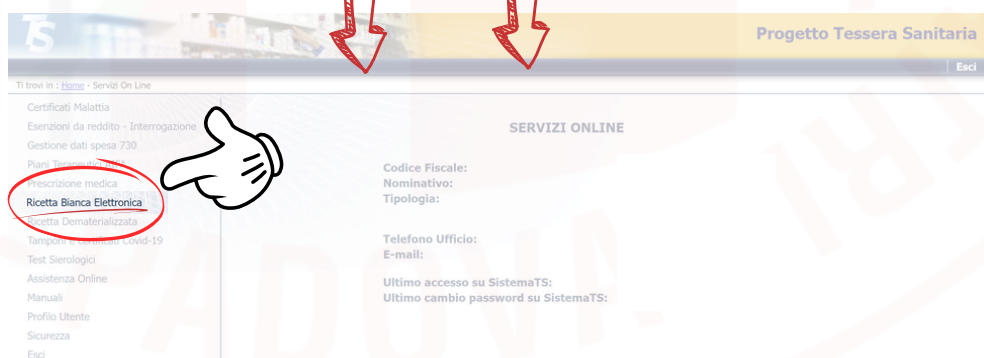
PASSO DOPO PASSO:



## MODALITA' DI ACCESSO



• Accedi a TS con le credenziali dell'Ordine?



✓ Puoi fare i certificati di malattia INPS

✗ Non puoi emettere ricette bianche



# ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PADOVA

## COMPILAZIONE DATI MEDICO:



### Ricetta Bianca Elettronica

Codice fiscale:  [Esci](#)

[Compila ricetta bianca elettronica](#) Ricerca/Annullamento

Ti trovi nella sezione: / [Home](#) / [Compila dati medico](#)

**I CAMPI CON \* DEVONO ESSERE COMPILATI**

#### Dati identificativi del medico

Regione / Prov. autonoma:  [Selezionare una regione](#)

Selezionare una regione  Veneto  
ORDINE DEI MEDICI

Specializzazione clinica:  [?](#)

Numero Iscrizione Albo:  Recapito telefonico:

Indirizzo e n. civico:  CAP:  Città:  Provincia:

## COMPILAZIONE DATI PAZIENTE:

Ti trovi nella sezione: / [Home](#) / [Compila dati medico](#) / [Compila dati paziente](#)

#### Dati identificativi del paziente

**I CAMPI CON \* DEVONO ESSERE COMPILATI, OBBLIGATORIO SOLO CF DEL PAZIENTE**

Codice fiscale:

Indirizzo e n. civico:  CAP:  Città:  Provincia:



# ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PADOVA

## COMPILAZIONE DATI PRESCRIZIONE:

Ti trovi nella sezione: / [Home](#) / [Compila dati medico](#) / [Compila dati paziente](#) / Compila dati prescrizione

### Dati paziente

Cognome paziente:

Nome paziente:

### Prescrizione N°1

Gruppo equivalenza:

Ricerca G. Equivalenza

Farmaco associato

Nome commerciale farmaco:

SCRIVERE QUI IL NOME DEL FARMACO

Ricerca nome commerciale

Sequiva

COMPARIRÀ MENU A TENDINA DA CUI SCEGLIERE IL FARMACO

Terapia Del Dolore:

Quantità:

SI PRECISA CHE LA QUANTITÀ È LEGATA AL NUMERO DI RICETTE NON DI CONFEZIONI DEL FARMACO STESSO.

Non sostituibile:

Motivazione codificata:

Ripetibilità della prescrizione:

Durata validità della prescrizione:

Preparazione farmaceutica:

Posologia:

Note:

Durata trattamento:

Modalità impiego:

Ripulisci

+ Aggiungi

Codice diagnosi:

Ricerca diagnosi

Dati ricetta

Note Diagnosi:

Ricerca diagnosi

SONO CAMPI NON OBBLIGORI PER LA MAGGIOR PARTE DEI FARMACI

✓ CONFERMA RICETTA

0 - Operazione eseguita correttamente

Dati Identificativi

N° Ricetta Elettronica: 500002693987

Numero della ricetta

Codice autenticazione: b016fa53-290b-4f56-ab85-5a97e5f2a5e6

STAMPA

Per inviare il promemoria telematicamente, indicare la mail del paziente

Mail

INVIA

La PRESCRIZIONE con il *numero di ricetta* per il ritiro in farmacia può essere **stampata** o **inviata via mail** al paziente



# ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PADOVA

## RISULTATO:

Prescrizione di farmaci non a carico del SSN - Ricetta Bianca Elettronica - Promemoria per il paziente

NRBE [REDACTED] S00002693987	CODICE FISCALE PAZIENTE [REDACTED]	PIN-NRBE [REDACTED] 25DYO	[REDACTED]
------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	------------

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE:

INDIRIZZO:

CAP:

CITTA':

PROV:

PRESCRIZIONE: 042461057 - PARACETAMOLO DOC\*16CPR 1000MG

QTA: 1

POSOLOGIA:

TDL: No

NOTE DEL MEDICO:

RIPETIBILE PER 10 VOLTE E VALIDA FINO AL: 08/08/2025

RR

PREPARAZIONE FARMACEUTICA:

DURATA TRATTAMENTO:

MODALITA IMPIEGO:

QUESITO DIAGNOSTICO:

COGNOME E NOME DEL MEDICO: [REDACTED]

CODICE FISCALE

INDIRIZZO DELLO STUDIO E NUMERO DI TELEFONO: [REDACTED]

SPECIALIZZAZIONE:

N. ISCRIZIONE ALBO: [REDACTED]

DATA COMPILAZIONE: 08/02/2025

Rilasciata ai sensi del DM del 30 dicembre 2020

Pagina 1 di 1

## RICERCA E ANNULLAMENTO:



Ricerca delle prescrizioni

Numero ricetta bianca elettronica (NRBE):

1

In alternativa

PIN NRBE:

1

Codice Fiscale paziente:

### Criteri di ricerca alternativi all'NRBE

Seleziona periodo:

Periodo (gg/mm/aaaa)

--Seleziona--

Dal:

Al:

Regione / Prov. Autonoma:

Codice fiscale assistito:

--Seleziona--

✓ 0 - Operazione eseguita correttamente : Prescrizione numero [REDACTED]