

RICHIESTA DI INSERIMENTO NUOVA MOLECOLA NEL PTA

Da inviare a cura del Direttore della macrostruttura in formato cartaceo ed elettronico al seguente indirizzo e-mail: patrizia.nerini@asl.bari.it

Medico Richiedente: _____ **Unità Operativa :** _____

Dipartimento di: _____

Presidio/ Distretto : _____

e-mail: _____

Tel: _____

Farmaco richiesto: Principio attivo / Nome commerciale

Indicazioni e Posologia

Motivazioni cliniche generali alla base della richiesta del farmaco

Dati di efficacia clinica

Descrizione sintetica ricavata dalla documentazione allegata

Benefici attesi rispetto ai trattamenti alternativi già disponibili in PTO

--

Costo dei trattamenti già disponibili per giorno di terapia

--

Costo del trattamento proposto per giorno di terapia

--

Numero dei pazienti da trattare nell' anno

--

**Bibliografia minima essenziale:
RCF**

NB: ALLA DOMANDA DI INSERIMENTO DEVE ESSERE ALLEGATA LA SCHEDA TECNICA.

Data

**Timbro e Firma
Direttore della struttura richiedente/
Dirigente Responsabile SSVD**

Timbro e Firma del Direttore Medico P.O./DSS/Dir. Dipartim.
