

ALLEGATO 1

MODULO PER RICHIESTA FARMACO
 ai sensi della Legge 23 dicembre 1996 n.648
USO OSPEDALIERO

Alla U.O. Farmacia Ospedaliera P.O. _____

DATI DEL RICHIEDENTE

Nome e Cognome _____ Email _____

Telefono _____

Attività Medico Ospedaliero Specialista Ambulatoriale
 Altro

Azienda _____ U.O. _____

DATI DEL PAZIENTE

Nome e Cognome _____ Data di nascita _____ Sesso F M

Codice Fiscale _____ ASL di Residenza _____

FARMACO RICHIESTO (obbligo di compilazione di tutti i campi)

Principio attivo _____ Nome commerciale _____

Forma farmaceutica _____ Dosaggio _____

Via di somministrazione _____ Posologia _____

Data pianificata per l'inizio del trattamento _____

Durata del trattamento _____ Unità posologiche previste _____

INFORMAZIONI CLINICHE

INDICAZIONI/DIAGNOSI (ai sensi della Legge 648/96)

DICHIARAZIONI

Il medico richiedente (e/o il Responsabile dell'Unità Operativa) **dichiara**

- che il farmaco è prescritto nel rispetto delle condizioni indicate nel relativo provvedimento di inserimento nell'elenco
- che il trattamento con il medicinale prodotto industrialmente per un'indicazione o via di somministrazione o modalità di somministrazione o di utilizzazione diversa da quella autorizzata avviene sotto la propria diretta responsabilità
- che è stato acquisito il consenso informato del paziente dal quale risulta che il paziente stesso è consapevole degli aspetti relativi alla mancata valutazione del medicinale da parte del Ministero della Salute ai fini dell'autorizzazione all'immissione in commercio, sotto il profilo della qualità, sicurezza ed efficacia
- che si impegna ad informare il paziente di eventuali nuovi dati relativi alla terapia della patologia di cui è affetto
- di raccogliere i dati di monitoraggio clinico in apposito registro interno e di trasmetterli trimestralmente, ottemperando a quanto previsto dal Provvedimento 31/01/2001 pubblicato su GU 24/03/2001 n.70

_____ **Timbro e firma Medico richiedente**

Data richiesta _____

_____ **Timbro e firma Responsabile U.O.**

FARMACO EROGATO

Principio attivo _____ Nome commerciale _____

Forma farmaceutica _____ Dosaggio _____

Quantità erogata _____

DICHIARAZIONI

Il farmacista erogante **dichiara**

- che il farmaco è prescritto nel rispetto delle condizioni indicate nel relativo provvedimento di inserimento nell'elenco,
- di raccogliere i dati di monitoraggio clinico in apposito registro interno e di trasmetterli trimestralmente, alla UOS Farmacovigilanza e Monitoraggio delle Spesa Farmaceutica per la conseguente trasmissione alle Strutture Interessate del competente Assessorato alla Sanità Regionale

Data _____

_____ **Timbro e firma Responsabile Farmacista**