

**MODULO**

Rev. 00 Ed. 00 del XX/XX/XX

Il sottoscritto Dott.	
Qualifica	
Reparto /Struttura	

Richiede per l'assistito

Cognome e nome	
Data di nascita	
Residenza	
Diagnosi	

L'acquisto del principio attivo	
Nome commerciale e dosaggio	
Per la seguente indicazione terapeutica	
Posologia giornaliera	_____
Durata prevista del trattamento	_____
Il medicinale verrà somministrato in regime di	<input type="checkbox"/> ricovero ordinario <input type="checkbox"/> day-hospital <input type="checkbox"/> ambulatoriale <input type="checkbox"/> domiciliare
Costo del farmaco per	<input type="checkbox"/> ciclo completo di trattamento _____ <input type="checkbox"/> per mese _____

Il richiedente ed il responsabile dell'Unità Operativa dichiarano:

- l'assenza di valida alternativa terapeutica;
- la singolarità del caso;

**MODULO**

- l'impossibilità di richiedere il farmaco ai sensi del D.M. 7 settembre 2017;
- che l'impiego del farmaco è conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale e la disponibilità di dati di sperimentazioni cliniche almeno di fase seconda, sufficienti a formulare un parere favorevole sull'efficacia e la tollerabilità del medicinale richiesto (di cui si allega copia);
- che prima dell'inizio della terapia, ma solo dopo la formale autorizzazione aziendale al rimborso, verrà acquisito il consenso informato del paziente ovvero dell'esercente la patria potestà in caso di minore o del tutore in caso di paziente interdetto o inabilitato;
- che il trattamento con il medicinale per una indicazione o via di somministrazione o modalità di somministrazione o di utilizzazione diversa da quella autorizzata in scheda tecnica avviene sotto la propria diretta responsabilità, in quanto si ritiene, in base a dati documentabili, che il paziente non possa essere utilmente trattato con medicinali per i quali sia già approvata quell'indicazione terapeutica o quella via o modalità di somministrazione;

Altre informazioni a supporto della richiesta	
---	--

Documentazione da allegare alla domanda:

1. Copia della documentazione scientifica in versione integrale
2. Relazione dettagliata sul paziente

IL MEDICO RICHIEDENTE (timbro e firma)  DATA	IL RESPONSABILE DELLA UNITA' OPERATIVA (timbro e firma)  DATA
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO (timbro e firma)  DATA	