

*L'acquisto di farmaci non in PTA o fuori gara regionale è consentito solo in casi limitati, con specifiche modalità e rappresenta una procedura straordinaria; il presente modulo, deve essere fatto pervenire, compilato in ogni sua parte, alla farmacia ospedaliera di riferimento*

Data \_\_\_\_\_

U.O.richiedente \_\_\_\_\_ CDC \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale paziente: \_\_\_\_\_ CRA \_\_\_\_\_

**Farmaco Richiesto**

Farmaco \_\_\_\_\_

Dosaggio \_\_\_\_\_ Forma farmaceutica \_\_\_\_\_

Posologia/die \_\_\_\_\_ Quantità Richiesta \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Motivazioni Richiesta (biffare il quadrato appropriato):

- Necessità di garantire la prosecuzione di una terapia cronica già in atto e impossibilità di sostituire il farmaco con analoghi presenti in PTA
- Intolleranza del paziente a medicinali analoghi presenti in PTA
- Mancata risposta del paziente a medicinali analoghi presenti in PTA
- Uso off-label (*specificare il provvedimento normativo*)  L. 648/96  DGR 1590/08  DM 7/09/2017

*NOTE:*

- 1. per l'uso in-label, sono richiedibili solo medicinali appartenenti alle classi di rimborsabilità "A" e "H"*
- 2. i medicinali non in prontuario non sono immediatamente disponibili o non possono soddisfare le richieste urgenti, per le quali si deve ricorrere a medicinali presenti in PTA*

Data \_\_\_\_\_

Firma e Timbro del Medico richiedente

Data \_\_\_\_\_

Firma e Timbro del Responsabile di Struttura

**Spazio riservato alla Farmacia:**

Il farmaco è aggiudicato in gara farmaci regionale?  SI  NO

Il costo del farmaco è di €: \_\_\_\_\_

Suggerimenti per una possibile alternativa farmaceutica \_\_\_\_\_

La Farmacia Ospedaliera esprime parere:  **FAVOREVOLE**  **NON FAVOREVOLE**, perché \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del Farmacista

Responsabile di SOA:

**APPROVA** l'acquisto del farmaco

**NON APPROVA** l'acquisto del farmaco

Data \_\_\_\_\_

Il Direttore Dipartimento LEA \_\_\_\_\_