

Modulo di richiesta motivata nominativa per medicinali non compresi nel Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA) dell’A.S.S. n.1 “Triestina”

Data richiesta: _____

Struttura richiedente

Codifica del centro di costo

Assistito (*Nome Cognome*)

CRA / CF assistito

Diagnosi:

Medicinale richiesto

Principio attivo / Nome commerciale

Forma farmaceutica / dosaggio

Posologia

Durata del trattamento (prevista)

Motivazioni

- 1) a quali trattamenti farmacologici e con quali esiti è già stato sottoposto il paziente per la patologia indicata ?

- 2) si ritiene che nel PTA siano presenti medicinali con indicazione terapeutica sovrapponibile per l'uso di cui trattasi ?

SI

NO

- 3) qualora siano presenti nel PTA farmaci con indicazione terapeutica sovrapponibile per quale motivo si è ritenuto di non farne uso ?

fallimento della terapia/manca di efficacia

comparsa di effetti indesiderati con i farmaci disponibili in PTA

altro (specificare): _____

- 4) quale vantaggio, in termini di efficacia/tossicità, si ritiene che il farmaco richiesto possa offrire rispetto agli evv. farmaci presenti nel PTA ?

- 5) si intende utilizzare il farmaco:

- secondo indicazioni autorizzate dall'AIFA e descritte in scheda tecnica
 ai sensi della L. 648/96
 ai sensi del D.M. 8/5/2003 (uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica)
 "off-label"
 altro (specificare): _____

- 6) nel caso si intenda utilizzare il farmaco "off-label" indicare se e in quale fase il medicinale è attualmente valutato in uno studio di tipo registrativo ed indicarne la tipologia degli studi clinici (casi aneddotici, studi retrospettivi, studi clinici controllati, meta analisi, ecc) disponibili nella letteratura scientifica e supporto della richiesta.

- 7) indicare ed allegare eventuale documentazione o consulenze specialistiche atte a definire meglio le motivazioni della presente richiesta.

- 8) indicare eventuali trattamenti farmacologici concomitanti

Timbro e firma del medico richiedente

Recapito telefonico

Timbro e firma del responsabile di struttura

La richiesta verrà valutata a cura della S.C. Assistenza Farmaceutica e in caso di risposta positiva, qualora previsto, approvata dalla Direzione Sanitaria. Sarà dato riscontro con opportuna comunicazione scritta.

Il Prontuario Terapeutico Aziendale è consultabile nel sito INTRANET - <http://www.ass1.sanita.fvg.it>

ver. luglio 2011