

(*) timbro e codice della U.O. o Servizio richiedente.
ATTENZIONE: il codice indicato verrà utilizzato per lo scarico e la consegna del materiale.

Data:

AL MINISTERO DELLA SALUTE – ufficio di Sanità Aeroportuale di
ALLA DOGANA ITALIANA

**Oggetto: D.M. 11 FEBBRAIO 1997 - Richiesta di importazione di un farmaco non registrato in Italia - modello 2
PER SCORTA DI REPARTO**

(*) Il sottoscritto medico Dr. (nome e cognome leggibile)

(*) in qualità di medico curante, in servizio presso.....tel.

CHIEDE DI POTER IMPORTARE

tramite la Società (denominazione-città-Paese)
il seguente prodotto farmaceutico:

(*) Nome del principio attivo:

Nome prodotto:

Confezione da:

(*) Forma farmaceutica:

(*) Dosaggio:

(*) Posologia prescritta:

(*) Quantità in unità (n.di fiale, cpr., ecc.) necessaria a completare il trattamento:

Confezioni n.:

Il farmaco è regolarmente registrato nel paese di provenienza; Società titolare di produzione:

Società titolare di A.I.C.:

Tale prodotto farmaceutico è indispensabile e insostituibile a scopo terapeutico/diagnostico per il trattamento di circa n.

(*) pazienti, non ancora individuati, (*) affetti da

Per la peculiarità della patologia è necessario che il farmaco sia già disponibile al momento della individuazione e della selezione del/dei paziente/i e

(*) verrà dispensato in regime di degenza ordinaria , somministrato in ambulatorio , altro

(specificare eventuale altra modalità di dispensazione:

Prima di iniziare il trattamento sarà acquisito e conservato agli atti , nella cartella clinica personale, il consenso informato scritto di ogni paziente con le relative generalità.

DICHIARA ALTRESI' CHE IL PRODOTTO FARMACEUTICO

- non è sostituibile con altri farmaci registrati e commercializzati in Italia;
- non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope, non è sangue umano e/o suoi derivati;
- verrà impiegato nel rispetto delle condizioni di uso autorizzate all'estero (Decreto 31 gennaio 2006);
- verrà importato per un quantitativo corrispondente alle esigenze terapeutiche/diagnostiche del paziente per un trattamento non superiore a 90 giorni (Decreto 20 aprile 2005);
- verrà impiegato sotto la mia diretta responsabilità, dopo aver ottenuto il consenso informato scritto del/dei paziente/i o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la patria potestà. Il consenso informato sarà conservato agli atti, nella cartella clinica personale, con le relative generalità.

Il Medico curante

Il Direttore del Servizio di Farmacia

(*) firma e timbro

firma e timbro

(*) a cura del richiedente, obbligatori per la procedura di fornitura del farmaco. Scrivere in modo leggibile e ordinato.

La Farmacia si riserva di richiedere eventuale ulteriore documentazione.