

Richiesta di fornitura di farmaci per particolari casi clinici

Dati Anagrafici

Cognome e Nome del paziente:

Data di nascita: / /

Codice Fiscale:

Richiesta

Patologia:

Farmaco (specialità e dosaggio):

Posologia e durata:

Costo/terapia/mese:

Precedenti trattamenti farmacologici intrapresi per la patologia in oggetto:

Costo/terapia/mese:

Motivo/i per cui si intende impiegare il farmaco richiesto:

Il farmaco è disponib. in Italia: si no

Il farmaco è autorizzato per la patologia che si intende trattare: si no

Fascia di rimborsabilità SSN: A C H

Eventuale nota AIFA: no si N° nota

Regime di dispensazione: RR RNR OSP1 OSP2

E' stato richiesto l'inserimento del farmaco si no
nell'elenco di cui alla legge n. 648/96

Se no indicare le motivazioni:

Relazione clinica del caso che giustifichi la richiesta di utilizzo del farmaco:

(se lo spazio non risulta sufficiente, allegarla alla presente)

Eventuali esami ematochimici o strumentali no si N°

allegati:

Bibliografia di supporto per il caso in esame: N°..... allegati

(obbligatoria - in ordine di importanza dare priorità alle
seguenti pubblicazioni: 1) revisioni sistematiche e/o
metanalisi; 2) RCT in doppio cieco; 3) RCT in aperto; 4)
studi osservazionali; 5) case-report)

Firma e timbro del Direttore U.O. richiedente

Data

.....

.....

Firma del farmacista

.....