

## MODULO PER RICHIESTA FARMACO ai sensi della Legge 23 Dicembre 1996, n° 648

Data ...../...../.....

Il Sottoscritto Dott. .... Reparto.....

RICHIEDE

PER IL PAZIENTE

Nome.....Cognome .....  
Codice Fiscale ..... Data  
di nascita ...../...../..... Residente a ..... ASL n°.....

### GENERALITA' FARMACO

Principio attivo .....  
Nome commerciale .....  
Schema posologico/Durata trattamento.....  
Indicazioni/Diagnosi (ai sensi della Legge 648/96).....  
.....  
Quantità richiesta: N° ..... fiale cpr cps altro.....

#### e dichiara altresì che

- Il farmaco è prescritto nel rispetto delle condizioni indicate nel relativo provvedimento di inserimento nell'elenco.
- Il trattamento avverrà sotto la propria diretta responsabilità.
- E' stato acquisito il consenso informato del paziente dal quale risulta che il paziente stesso è consapevole degli aspetti relativi alla mancata valutazione del medicinale da parte del Ministero della Salute ai fini dell'autorizzazione all'immissione in commercio, sotto il profilo della qualità, sicurezza, efficacia.
- Si impegna ad informare il paziente di eventuali nuovi dati relativi alla terapia della patologia di cui il paziente è affetto.
- E' stato elaborato il Piano terapeutico nel rispetto delle disposizioni vigenti.
- Ogni tre mesi saranno trasmessi all'Aifa i dati relativi al monitoraggio clinico, come previsto dal Provv. 31/01/01 pubblicato su GU 24/03/01 n° 70.

Il Medico Richiedente  
(Timbro e Firma)