

**RICHIESTA DI FORNITURA DI FARMACI PER INDICAZIONI NON REGISTRATE  
PER SINGOLO PAZIENTE  
(art. 3 comma 2, Legge n. 94 del 08.04.98)**

**Al Direttore della Farmacia interna**

Ospedale \_\_\_\_\_  
ASL \_\_\_\_\_

IL sottoscritto Prof./Dr. \_\_\_\_\_  
Qualifica \_\_\_\_\_  
Reparto \_\_\_\_\_

Richiede per il paziente:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ ASL n°: \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
Patologia \_\_\_\_\_

l'acquisto del Principio attivo \_\_\_\_\_  
specialità \_\_\_\_\_  
il farmaco è disponibile in Italia:  sì  no

Dosaggio (giornaliero, per ciclo di trattamento, per singolo trattamento)

giornaliero \_\_\_\_\_  
 per ciclo di trattamento \_\_\_\_\_  
 per singolo trattamento \_\_\_\_\_

Durata del trattamento \_\_\_\_\_

Per la seguente indicazione terapeutica \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

motivazione per cui si intende impiegare il farmaco richiesto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

da somministrare in regime di:  ricovero ordinario  day hospital  ambulatoriale

Costo del farmaco per trattamento (Euro) \_\_\_\_\_

Precedenti trattamenti farmacologica intrapresi per la patologia in oggetto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Altre informazioni a supporto della richiesta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Il richiedente ed il Responsabile di Unità Operativa dichiarano:**

- a. che il trattamento con il medicinale prodotto industrialmente per un'indicazione o via di somministrazione o modalità di somministrazione o di utilizzazione diversa da quella autorizzata avviene sotto propria diretta responsabilità in quanto si ritiene, in base a dati documentabili, che il paziente non possa essere utilmente trattato con medicinali per i quali sia già approvata quella indicazione terapeutica o quella via o modalità di somministrazione;
- b. che tale impiego è noto e supportato da lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale (di cui si allega copia);
- c. che verrà acquisito il consenso informato del paziente - ovvero esercente la patria potestà in caso di minore o tutore in caso di paziente interdetto o inabilitato - e che lo stesso sarà conservato in cartella clinica (secondo quanto previsto dalla Legge n. 94 del 08.04.98);
- d. che non è stato possibile l'accesso al farmaco gratuitamente ai sensi del DM 08.05.2003 "uso compassionevole".

Il Responsabile di Unità Operativa è consapevole che il costo sostenuto per l'erogazione del farmaco richiesto sarà computato unitamente alla spesa complessiva dell'Unità Operativa stessa e che il budget assegnato per l'anno in corso non subirà parimenti alcun incremento.

***Documentazione da allegare alla domanda:***

- copia della documentazione scientifica
- relazione dettagliata sul paziente

Il Primario/Direttore

\_\_\_\_\_  
( firma)

\_\_\_\_\_  
(nome in stampatello)

\_\_\_\_\_  
( data)

Il Medico Curante

\_\_\_\_\_  
( firma)

\_\_\_\_\_  
(nome in stampatello)

\_\_\_\_\_  
(data)

L'iter prevede che il Servizio di Farmacia esprima il proprio parere entro 5 giorni lavorativi, provvedendo contestualmente ad informare la Direzione Sanitaria Aziendale e la Commissione Prontuario Terapeutico Ospedaliero.

Trascorsi 5 gg. vale il silenzio –assenso.