REGIONE CALABRIA

MODULO 7 - Richiesta di farmaci per indicazioni non registrate

Alla Farmacia per inoltro al Direttore Sanitario Aziendale

Il sottoscritto Prof./Dr.: _____ Qualifica: _____

Reparto: _____

Richiede per il paziente: _____

Data di nascita: _____ ASP di _____

La disponibilità del Principio attivo: _____

Nelle seguenti confezioni/forma/dosaggio: _____

Per la seguente indicazione terapeutica: _____
_____
_____

L'acquisto si rende necessario per la seguente motivazione: _____
_____
_____
_____
_____

da somministrare in regime di: □ Ricovero Ordinario □ Day hospital □ Ambulatoriale

Dosaggio (giornaliero, per ciclo di trattamento, per singolo trattamento):
□giornaliero _____
□per ciclo di trattamento _____
□per singolo trattamento _____

Data pianificata di inizio trattamento:_____-_____

Durata del trattamento: _____

Costo del farmaco per trattamento (Euro): _____

Descrizione del DRG correlato al trattamento in oggetto:_____
_____

Rimborso (Euro) DRG: _____

Altre informazioni a supporto della richiesta: _____
_____
_____
_____

Il richiedente ed il Responsabile di Unità Operativa dichiarano:

- 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;
- che tale impiego è noto e supportato da lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale (di cui si allega copia);
- che è stato acquisito il consenso informato del paziente e che lo stesso è conservato in cartella clinica (secondo quanto previsto dalla Legge n.94 del 08.04.98);
- di essere a conoscenza che la presente richiesta verrà notificata alla Commissione Regionale del Farmaco nella prossima riunione.

Il richiedente ed il Responsabile di Unità operativa si impegnano, inoltre, a fornire una relazione dettagliata sull'andamento clinico del caso al Servizio di Farmacia ad un mese dall'inizio del trattamento e ad intervalli regolari, a seconda del tipo di malattia e trattamento.

Commento _____ _____ _____ _____ _____
Acquisto: □ Si □ No

Documentazione da allegare alla domanda:

□ copia della documentazione scientifica

□ relazione dettagliata sul paziente

Il Direttore U.O.	Il Direttore Sanitario
_____	_____
(firma)	(firma)
Nome in stampatello	Nome in stampatello
_____	_____
Data	Data
_____	_____

Spazio riservato alla Farmacia

VALUTAZIONE ED AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE

Si autorizza	☐	NON si autorizza	☐

Data _____ Il Direttore Sanitario _____

Classe di rimborsabilità: A ☐ H ☐ Classificazione ai fini della fornitura: _____

Spesa Complessiva/ Classificazione Euro _____

Il Farmacista	Il Direttore di Farmacia
_____	_____
(firma)	(firma)
_____	_____
(nome in stampatello)	(nome in stampatello)
_____	_____
(data)	(data)

Aggiornamenti ricevuti sul caso

Relazione 1 Data _____
Relazione 2 Data _____
Relazione 3 Data _____

Commento _____

_____

_____