



REGIONE CALABRIA

MODULO 5 – Conferma o modifica Budget Impact – Aziende del SSR

Alla Commissione Regionale del Farmaco

Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica - Assistenza integrativa e protesica -
Farmacie convenzionate - Educazione all'uso consapevole del farmaco”
Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari

(PARTE COMPILATA DAL SETTORE N. 3 DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE)

BUDGET IMPACT MODEL

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | Farmaco di nuovo inserimento in PTR |
| ☐ | Estensione indicazione farmaco già presente in PTR |
| ☐ | Farmaco ad accesso diretto |

INFORMAZIONI SUL FARMACO

Azienda Farmaceutica:

ATC	Nome commerciale	Principio attivo	Forma Farmaceutica	Dosaggio	Via di somministrazione	Unità di misura	Unità per confezione

**(PARTE DA COMPILARE DALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE/AZIENDA OSPEDALIERA/
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA)**

CONFERMA BUDGET IMPACT

AZIENDA:

ANNO	Budget Impact espresso in unità posologica (parte compilata dal Settore n. 3 Dip. Tutela Salute)		Budget Impact espresso in unità posologica (parte compilata dalle Aziende del SSR: confermare la stessa quantità o modificare specificando il fabbisogno ritenuto utile per la propria Azienda)	
	Numero pazienti	Unità posologica	Numero pazienti	Unità posologica
1° anno				
2° anno				
3° anno				
TOTALE				

Firma Direzione Generale/Direzione Sanitaria _____