



REGIONE CALABRIA

MODULO 6 - Richiesta motivata personalizzata di farmaci non presenti in PTR

Inviare a:

Direttore Medico di Presidio/Direttore Sanitario

AZIENDA SANITARIA/OSPEDALIERA _____

UNITA' OPERATIVA _____ E-mail _____ Tel. _____

Richiesta per singolo paziente farmaco non in PTR **urgente**

Allegata relazione clinica secondo lo schema di riferimento

SEZIONE A (a cura del medico prescrivente)

Nome e Cognome del paziente _____ data di nascita _____ M F

n cartella clinica _____ Diagnosi _____ data diagnosi _____

Farmaco (principio attivo) _____ Forma farmaceutica _____

Dose/die _____ Durata prevista del trattamento _____

Motivazioni: _____

Il farmaco viene somministrato in regime di:

- Ricovero Ordinario
- Day Hospital
- Ambulatoriale
- Altro

Diagnosi primaria (ICD10) _____

Firma del Medico _____ Firma del Direttore dell'U.O. _____

SEZIONE B (a cura della Farmacia)

FARMACO RICHiesto (PRINCIPIO ATTIVO)	_____ Classe di rimborsabilità: A <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Classificazione ai fini della fornitura: _____
Forma farmaceutica	_____

Dose giornaliera <input type="checkbox"/> / Dose per ciclo <input type="checkbox"/> / Dose per singolo trattamento <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
FARMACI ALTERNATIVI PRESENTI IN PRONTUARIO (PRINCIPIO ATTIVO)	_____ _____

IL FARMACISTA _____

SEZIONE C (a cura del Direttore Medico di Presidio/Direttore Sanitario)

Vista la richiesta e le informazioni riportate si autorizza l'acquisto del farmaco.

Data _____ Direttore Medico di Presidio/Direttore Sanitario _____

SEZIONE D (Dispensazione a cura della Farmacia)

Quantità consegnata _____ Data di consegna _____

Firma del ricevente _____ Firma del Farmacista _____

SCHEMA DI RIFERIMENTO PER LA RELAZIONE DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA

La Commissione Aziendale del Farmaco ha individuato alcuni aspetti fondamentali ed utili per una appropriata valutazione del farmaco. Il Medico richiedente, in allegato al modulo di richiesta, è invitato a presentare alla Segreteria Scientifica una breve relazione dove vengono approfonditi ed esplicitati i seguenti punti:

- Inquadramento sintetico della patologia.
- Standard terapeutico di riferimento e protocolli di trattamento in uso nelle Unità Operative/Servizi interessati, nella patologia correlata al farmaco richiesto.
- Relazione di costo efficacia,
- Descrizione sintetica degli studi clinici a supporto della richiesta: specificare l'indicazione e la popolazione studiate (quest'ultima deve essere il più possibile sovrapponibile a quella per la quale si prevede il trattamento richiesto), eventuali gruppi di controllo, gli end-points, la durata e i risultati
- Motivazioni cliniche generali per l'uso del farmaco e descrizione dei benefici attesi (vantaggi rispetto alle terapie di riferimento disponibili in Prontuario Terapeutico).
- Modalità di uso previste, con indicazione dei criteri di inclusione dei pazienti e della durata del trattamento.
- Potenziali rischi associati al trattamento.

DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA:

Si chiede di riportare le referenze bibliografiche di eventuali linee-guida nazionali e/o internazionali di riferimento e studi clinici controllati condotti secondo validi criteri metodologici (in totale non più di 5 referenze).