

**Modulo per la richiesta di introduzione di farmaci
nei Livelli Essenziali di Assistenza per malattia rara**

(la compilazione è a cura del medico prescrivente del Centro di riferimento, in collaborazione con il farmacista del Presidio, da inviare contestualmente alla scheda di certificazione di diagnosi di malattia rara ed alla scheda per la prescrizione dei farmaci relativi alla malattie rare - si richiede, inoltre, di allegare tutto il materiale bibliografico disponibile per la necessaria documentazione delle richiesta)

Patologia *(descrivere la patologia come nell'elenco di cui all'Allegato 1 del DM n. 279/2001)*

Codice della patologia *(riportare il codice di cui all'Allegato 1 del DM n. 279/2001)*

1) Terapia principale (farmaci salvavita) con precisazione della relativa fascia

(una scheda per ciascun farmaco)

Principio attivo _____

Nome commerciale _____

(specificare il nome commerciale solo se è ritenuto indispensabile per il paziente l'uso della specialità indicata)

– nel caso in cui si tratti di farmaco di fascia A non autorizzato per la patologia in questione, precisare in base a quali sperimentazioni / studi clinici / evidenze/ pubblicazioni scientifiche si prescrive

– nel caso in cui si tratti di farmaco di fascia C/H precisare se esistono in fascia A farmaci alternativi, con medesimo principio attivo, rispetto i quali il farmaco richiesto è considerato più idoneo

– nel caso in cui esistano farmaci alternativi in fascia A precisare per quale motivo si prescrive un farmaco di fascia diversa (alta percentuale di intolleranza nei pazienti affetti dalla specifica patologia, maggiore appropriatezza e relative motivazioni, etc)

– nel caso in cui il farmaco non sia commercializzato in Italia e debba essere acquistato all'estero, precisare se in Italia sia reperibile il relativo principio attivo pur se con formulazioni/concentrazioni diverse o sia possibile predisporre preparazione magistrale.

Farmaco _____

Motivazione della scelta _____
