



RICHIESTA FARMACO PER INDICAZIONE NON REGISTRATA USI "OFF-LABEL" PER SINGOLI PAZIENTI

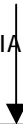
INVIO RICHIESTA ALLA FARMACIA DA PARTE DEL CLINICO DI:

- Modulo farmaco fuori indicazione (ALLEGATO B)
- Relazione clinica sul caso
- Documentazione clinica a supporto



VALUTAZIONE DA PARTE DELLA FARMACIA DEI SEGUENTI ELEMENTI:

1. singolarità del caso
2. mancanza di alternative terapeutiche
3. disponibilità di pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale
4. dichiarazione di futura acquisizione del consenso informato del paziente
5. assunzione di responsabilità del medico
6. regime di erogazione (ricovero ordinario o DH vs. ambulatorio)
7. dichiarazione di impossibilità di accesso al farmaco gratuitamente ai sensi del DM 8/5/2003 "uso compassionevole"

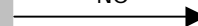


VERIFICA DA PARTE DELLA FARMACIA DELLA SUSSISTENZA DEI REQUISITI



COMPENSAZIONE DEL COSTO DEL FARMACO ALL'INTERNO DELLA
PRESTAZIONE DI RICOVERO ORDINARIO O DIURNO

NO



INVIO A DIREZIONE
SANITARIA E ALLA
FARMACIA DELLA
ASL DI
APPARTENENZA
PER IL PARERE

SI



INVIO ALLA PROPRIA DIREZIONE SANITARIA PER IL PARERE



5 GG*



COMUNICAZIONE A
FARMACIA E
REPARTO
DELL'AZIENDA
ORIGINARIA
ESITO
VALUTAZIONE
(*TRASCORSI 5 GG
VALE IL SILENZIO
ASSENSO)

5 GG*

COMUNICAZIONE A REPARTO E A FARMACIA ESITO VALUTAZIONE
(*TRASCORSI 5 GG VALE IL SILENZIO ASSENSO)