



**RICHIESTA DI FORNITURA DI FARMACI PER INDICAZIONI NON REGISTRATE  
(Legge n.94 del 08.04.98)**

**Al Direttore della Farmacia**

Ospedale \_\_\_\_\_

ASL/AO/IRCCS \_\_\_\_\_

IL sottoscritto Prof./Dr. \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

Richiede per il paziente:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ ASL n°: \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Patologia \_\_\_\_\_

l'acquisto del Principio attivo \_\_\_\_\_

specialità \_\_\_\_\_

il farmaco è disponibile in Italia:  si  no

Dosaggio (giornaliero, per ciclo di trattamento, per singolo trattamento)

giornaliero \_\_\_\_\_

per ciclo di trattamento \_\_\_\_\_

per singolo trattamento \_\_\_\_\_

Durata del trattamento \_\_\_\_\_

Per la seguente indicazione terapeutica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

motivazione per cui si intende impiegare il farmaco richiesto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

da somministrare in regime di:  ricovero ordinario  day hospital  ambulatoriale

Costo del farmaco per trattamento (Euro) \_\_\_\_\_

Precedenti trattamenti farmacologici intrapresi per la patologia in oggetto

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Altre informazioni a supporto della richiesta \_\_\_\_\_

---

**Il richiedente ed il Responsabile di Unità Operativa dichiarano:**

- a. 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;
- b. che tale impiego è noto e supportato da lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale (di cui si allega copia);
- c. che verrà acquisito il consenso informato del paziente e che lo stesso sarà conservato in cartella clinica (secondo quanto previsto dalla Legge n.94 del 08.04.98);
- d. che non è stato possibile l'accesso al farmaco gratuitamente ai sensi del DM 08/05/2003 "uso compassionevole".

Il Responsabile di Unità Operativa è consapevole che tale richiesta non comporterà un automatico incremento del budget complessivo assegnato per l'anno in corso.

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, con cadenza almeno trimestrale.

Documentazione da allegare alla domanda:

- copia della documentazione scientifica
- relazione dettagliata sul paziente

Il Primario/Direttore

Il Medico Curante

\_\_\_\_\_  
(firma)

\_\_\_\_\_  
(firma)

\_\_\_\_\_  
(nome in stampatello)

\_\_\_\_\_  
(nome in stampatello)

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(data)

**L'iter prevede che, dopo l'istruttoria, il Servizio di Farmacia inoltri la richiesta alla Direzione Sanitaria che entro 5 giorni lavorativi deve dare il proprio parere. Trascorsi 5 giorni vale il silenzio-assenso.**