



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Al direttore Sanitario Aziendale

ALLEGATO "A" D.D.G. N.02679 DEL 19/11/09

**AUTORIZZAZIONE PER UTILIZZO DI FARMACI AL DI FUORI DELLE
INDICAZIONI RIPORTATE IN A.I.C.**

CENTRO PRESCRITTORE.....**CDC**.....

DIRETTORE/RESPONSABILE.....

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO.....

CODICE FISCALE/TESSERA SANITRIA.....

ASL DI RESIDENZA..... DATA DI NASCITA

Protocollo

Indicazione/Patologia

Farmaco–Dosaggio–Via di somministrazione

Posologia..... Durata trattamento.....

FARMACO UTILIZZATO FUORI INDICAZIONE PER:

- Posologia
- Via di somministrazione (specificare).....
- Indicazione (specificare)

- “Assenza di valida alternativa terapeutica”;
- Assenza di farmaci autorizzati
- Presenza in commercio di farmaci all'uopo autorizzati

- “Singolarita’ del caso”

- “Impossibilita’ di richiedere il farmaco ai sensi del D.M. 08/05/2003 (uso compassionevole)”

- “Impiego conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale e disponibilità di dati di sperimentazione cliniche di fase seconda, sufficienti per formulare un parere favorevole sull'efficacia e la tollerabilità del medicinale richiesto”, che si allegano;

ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'/CONSENSO INFORMATO

Il medico prescrittore dichiara di assumere la responsabilità del trattamento e di aver acquisito il consenso informato del paziente, ovvero dell'esercente la patria potestà in caso di minore o del tutore in caso di paziente interdetto o inabilitato, dal quale risulta che lo stesso è consapevole degli aspetti relativi alla mancata valutazione del medicinale da parte del Ministero della Salute sotto il profili della qualità, sicurezza, efficacia.

REGIME DI EROGAZIONE

Data_____

- Ricovero Ordinario
- Day Hospital
- Prestazione Ambulatoriale

Il Direttore di Struttura Complessa

Il Direttore Sanitario
