

AL MINISTERO DELLA SALUTE

USMAF-SASN

UNITA' TERRITORIALE

Richiesta di importazione di medicinali ai sensi del D.M. 11/02/1997.

Il sottoscritto Dr.

Residente in.....via.....tel.....

Iscritto nell'albo dell'Ordine dei Medici — Chirurghi di

Al n°cod. regionale.....

chiede di importare il medicinale (contenente il seguente/i principio/i:

nome commerciale:

forma farmaceutica..... nella quantità di numero confezioni (per giorni di terapia) confezioni
contenenti, di farmaco cadauna.

Prodotto dalla ditta (Specificare il nome dell'Azienda)

Precisa che tale farmaco è regolarmente registrato nel Paese di provenienza:.....

Uso off-label - ai sensi della legge n. 175 del 10/11/2021 art. 5, comma 4. La richiesta viene effettuata in base al piano terapeutico emesso dal
seguente centro di riferimento individuato ai sensi del regolamento di cui al decreto del Ministro della Sanità 18 maggio 2001, n. 279:
.....

Per scorte di Reparto: richieste al fine di iniziare il trattamento paziente non appena possibile a seguito della ricezione
dell'approvazione da parte del Comitato Etico

OPPURE

Tale farmaco è indispensabile per la cura del paziente. (solo iniziali o codice).....

Affetto da

Dichiaro altresì che il farmaco:

- non ha valida alternativa terapeutica con altri medicinali registrati in Italia
- non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope;
- non è un emoderivato;
- verrà impiegato sotto la propria diretta responsabilità, dopo aver ottenuto il consenso informato scritto del paziente;
- che le generalità del paziente ed i documenti relativi al consenso informato sono custoditi presso il medico curante per la durata prevista dalla normativa vigente

Particolari condizioni di conservazione:

Temperatura (es. -20°C, da 2 a 8°C, < 25°, <30°, nessuna indicazione): <25°C

Altro:

Luogo e data.....

Timbro e firma leggibile del medico *

*dati obbligatori