



MODELLO 10-2

**Al Ministero della Salute****USMAF\_SASN .....****UNITA' TERRITORIALE .....**

Oggetto: Richiesta di importazione di farmaco per uso compassionevole ai sensi del D.M. 08/05/2003

Il sottoscritto Dr./Prof. ....

Residente in CITTA.....Provincia: .....via.....

tel..... Operante presso: .....

Iscritto nell'albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi di .....

Al n° ..... Cod. regionale .....

chiede di importare il farmaco:.....

Nome commerciale .....

Forma farmaceutica .....dosaggio.....

Prodotto dalla Ditta ..... (specificare il nome dell'Azienda)

Nella quantità di numero ..... confezioni contenenti ..... di farmaco cadauna.

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

Affetto da .....

Si allega parere favorevole del Comitato Etico

Dichiaro altresì che il farmaco:

- Il farmaco non è sostituibile per il successo terapeutico da altri farmaci registrati in Italia;
- Il farmaco non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope;
- Il farmaco non è un emoderivato;
- 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;
- Il farmaco sarà custodito presso la Farmacia Ospedaliera e sarà eventualmente smaltito secondo la normativa vigente;
- Il farmaco non sarà messo in commercio.

Particolari condizioni di conservazione:

Temperatura: -20°C, da 2 a 8°C, &lt; 25°, &gt; 30°, nessuna indicazione:.....

Altro .....

Luogo e data \_\_\_\_\_

.....  
timbro e firma leggibile del medico curante.....  
Il Direttore dell'U.O. di Farmacia**Responsabile del Procedimento: Dr. Alessandro Dacomo**

Referente procedura: Dino Pressanto

Tel. 0444-753484 Fax 0444-753941

e mail: [segreteria.farmacia@aulss8.veneto.it](mailto:segreteria.farmacia@aulss8.veneto.it)