



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 farmaceuticadosaggio.....

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, < 25°, > 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