


ALLEGATO 1
Alla Spett.le Società
Sanofi S.r.l.
Viale Bodio 37/b
20158 Milano
n. verde 800216644
fax 02 39327555
E-mail: ordini@sanofi.com

Il sottoscritto medico Dott. _____

in servizio presso _____

CHIEDE a titolo gratuito

 alla **SANOFI S.r.l.**

 la fornitura del medicinale **HYDROCORTISONE ROUSSEL 10MG COMPRIME'**

nella quantità di _____

per la cura del paziente _____ affetto da:

- Morbo di Addison, surrenectomia** _____
 Sindrome adrenogenitale congenita (SAG) _____
 Sindrome di Debre-Fibiger _____
 Sindrome di Sheehan, insufficienza ipofisaria di varie cause _____

Tale medicinale verrà utilizzato sotto la diretta responsabilità dello scrivente Medico curante, previo ottenimento, ai sensi del D.M. 1 settembre 1995, del consenso informato del paziente o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la tutela o curatela.

Data _____

 Il **Medico curante** (firma per esteso e timbro)

 per gli aspetti di propria competenza:

Il Responsabile della struttura sanitaria/Dirigente della Farmacia Ospedaliera

(firma per esteso e timbro).

 Indirizzo della Farmacia Ospedaliera presso la quale deve essere effettuata la fornitura :

PS: Nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali indicare unicamente le iniziali del paziente.

Responsabile del Procedimento : Dott.ssa Anna Radin

Tel. 0444-75.3484/75.3381 /75.7460 Fax 0444-931151

 e mail: segreteria.farmacia@aulss8.veneto.it