



MODELLO 10-1

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

Oggetto: Richiesta di importazione di Farmaco ai sensi del D.M. 11/02/1997

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 medicinale (contenente il seguente/i principio/i:

.....

Nome commerciale .....

Forma farmaceutica .....

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

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

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

Per il trattamento di:.....

Tale farmaco è indispensabile per la cura del sig. (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: -20°C, da 2 a 8°C, &lt; 25°, &gt; 30°, altro (specificare.....)

Altro .....

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

.....  
timbro e firma leggibile del medico curante.....  
Il Direttore dell'U.O. di Farmacia