

RICHIESTA FARMACI PER INDICAZIONI OFF LABEL per usi singoli AUTORIZZATI

Alla Segreteria UOC Farmacia Ospedaliera

	DATA _____
UNITA' OPERATIVA _____	CENTRO DI COSTO _____

PER IL PAZIENTE	
Nome e Cognome	Data di nascita Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Codice fiscale Azienda di residenza	

SI RICHIEDE IL SEGUENTE FARMACO:	
Principio attivo	Nome commerciale
Forma farmaceutica	Dose/die Durata del trattamento

Per l'indicazione terapeutica _____
<i>PER LA QUALE SI E' PROVVEDUTO AD INSERIRE OPPORTUNA RICHIESTA DI USO OFF LABEL NEL REGISTRO REGIONALE "ReFOL" E SI E' OTTENUTA AUTORIZZAZIONE DA PARTE DELLA DIREZIONE SANITARIA.</i>

NR. DELLA RICHIESTA ReFOL: _____

IL MEDICO RICHIEDENTE	Nome e Cognome	Tel
<i>DICHIARA che il trattamento con il medicinale prodotto industrialmente per un'indicazione o via di somministrazione o modalità di somministrazione o di utilizzazione diversa da quella autorizzata avviene sotto la propria diretta responsabilità e secondo quanto previsto dalla Legge n. 94/98 e dalla Legge 24.12.2007, n. 244 art. 2, comma 348 e SI IMPEGNA ad acquisire il consenso informato del paziente e a conservarlo in cartella clinica (secondo quanto previsto dalla Legge n. 94/98) nonché a fornire una relazione sull'andamento clinico del caso che descriva i risultati ottenuti rispetto a quelli attesi.</i>		
(TIMBRO E FIRMA) _____		

RISERVATO ALLA FARMACIA
QUANTITA'(CONF.): _____ a copertura del trattamento per nr. giorni _____
IL FARMACISTA _____

L'Operatore _____
<i>(Per l'evasione della richiesta: MODALITA' di scarico 5 - nelle NOTE riportare "OFF LABEL AUTORIZZATO, REFOL NR....". Effettuare STAMPA del movimento NFS e allegarla al presente modulo. Una copia di tale documentazione va restituita al farmacista referente per gli usi off label).</i>
Il ricevente _____ (data e firma)

Responsabile del Procedimento: Dr. Alessandro Dacomo

Referente della Procedura: Dr.ssa Giulia Busa

Orario Segreteria UOC Farmacia Ospedaliera: dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 16.00

Tel. 0444.75.3484/3381 Fax. 0444.75.3941 e-mail: segreteria.farmacia@aulss8.veneto.it