

**RICHIESTA FARMACI PER INDICAZIONI OFF LABEL per usi singoli AUTORIZZATI**

Alla Segreteria UOC Farmacia Ospedaliera

UNITA' OPERATIVA _____		DATA _____
		CENTRO DI COSTO _____

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

<b>SI RICHIEDE IL SEGUENTE FARMACO:</b>			
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>

<b>NR. DELLA RICHIESTA ReFOL:</b> _____
---

<b>IL MEDICO RICHIEDENTE</b>	Nome e Cognome .....	Tel .....
<i><b>DICHIARA</b> 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 <b>sotto la propria diretta responsabilità</b> e secondo quanto previsto dalla Legge n. 94/98 e dalla Legge 24.12.2007, n. 244 art. 2, comma 348 e <b>SI IMPEGNA</b> ad <b>acquisire il consenso informato del paziente</b> e a conservarlo in cartella clinica (secondo quanto previsto dalla Legge n. 94/98) nonché a <b>fornire una relazione sull'andamento clinico del caso</b> che descriva i risultati ottenuti rispetto a quelli attesi.</i>		
(TIMBRO E FIRMA) _____		

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

<b>L'Operatore</b> _____
<i>(Per l'evasione della richiesta: <b>MODALITA' di scarico 5</b> - 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>
<b>Il ricevente</b> _____ <b>(data e firma)</b>

**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