RICHIESTA AUTORIZZAZIONE UTILIZZO FARMACO CLASSE CNN

Legge n.189 del 08.11.2012 - Nota Prot. n. 21631 del 22/10/2014 Reg. Piemonte - Prot. 00012612 del 07/03/2023 Reg. Piemonte

SEZIONE RISERVATA AL RICHIEDENTE

Con la presente il/la sottoscritto/a Responsabile SC _____ richiede l'autorizzazione all'utilizzo del farmaco _____ per Sig./Sig.ra iniziali _____ data di nascita _____ che costituisce unica alternativa terapeutica in quanto: (indicare le motivazioni specificando: precedenti trattamenti, interruzioni/sospensioni/affiancamenti di altre terapie)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

La Ditta _____ ha accolto favorevolmente la richiesta in quanto il/la paziente risponde alle caratteristiche di eleggibilità di AIFA generando il codice _____ .
Allegare scheda di eleggibilità compilata.

DATA _____ FIRMA _____

SEZIONE RISERVATA ALLA FARMACIA

Con Determina n. _____ GU _____del _____AIFA ha approvato l'uso del farmaco_____nell'indicazione_____

_____

_____

_____

La Ditta_____ si impegna a fornire il farmaco al corrispettivo prezzo scontato pari € _____ per confezione, IVA esclusa. Tale prezzo è garantito sino alla data di contrattazione del prezzo con la Società di Committenza Regionale a seguito della pubblicazione della Det. AIFA di rimborsabilità in Gazzetta Ufficiale:

☐ **SI** ☐ **NO**

Parere tecnico Direttore SC Farmacia Ospedaliera:

☐ **FAVOREVOLE** ☐ **NON FAVOREVOLE**

DATA _____ FIRMA _____

SEZIONE RISERVATA ALLA DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

Il Direttore Sanitario Aziendale, esaminate la richiesta ed il parere tecnico dei direttori di SSCC sopra indicati:

AUTORIZZA ☐ **SI** ☐ **NO**

DATA _____ FIRMA _____