

## 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 SSSC sopra indicati:

AUTORIZZA

SI

NO

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_