

---

---

**ALLA COMMISSIONE TERAPEUTICA**

Medico Richiedente:

Struttura :

Direttore:

Dipartimento:

e-mail:

Tel:

**Farmaco di cui si richiede l'inserimento nel PTI**

Principio attivo:
Forma farmaceutica:
Dosaggio Unità Terapeutica:
Via di somministrazione:

**Indicazione terapeutica proposta** (far riferimento esclusivamente alla Scheda Tecnica Ministeriale)

--

**Posologia proposta** ( far riferimento esclusivamente alla Scheda Tecnica Ministeriale)

--

**Molecole che sono sostituite dal farmaco richiesto**

--

## Dati di efficacia clinica

Descrizione accurata della patologia e dei pazienti che dovrebbero ricevere il trattamento (es. stadio della malattia, resistenza ad altre terapie, età, caratteristiche dei pazienti, ecc)

Descrizione delle eventuali alternative terapeutiche

## LINEE GUIDA

Citazione bibliografica Anno di pubblicazione Grado della raccomandazione  
Forza della raccomandazione Sintesi della raccomandazione

---

## REVISIONI SISTEMATICHE E METANALISI

Citazione bibliografica Anno di pubblicazione Sintesi (compreso metodo statistico, significatività...)

## STUDI CLINICI

Citazione bibliografica Anno di pubblicazione

Tipo di studio (RCT, fase II, case report)

Numero e caratteristiche dei pazienti

Trattamento in esame

Trattamento nel braccio di confronto Endpoints clinici

Risultati (compresi lunghezza del follow-up e reazioni avverse)

Valutazioni relative alla sicurezza/tollerabilità

Benefici attesi (vantaggi rispetto alle terapie di riferimento disponibili)

---

**Numero presunto di pazienti candidabili al trattamento con il farmaco proposto presso la S.C. richiedente per anno**

**Costo medio dei trattamenti standard per paziente** (se esistono, se sì: citare fonte o pubblicazione)

**Costo medio del trattamento proposto per paziente** (se esistono, se sì: citare fonte o pubblicazione)

**Valutazione dei responsabili di struttura**

**ASO AL** dr..... Si concorda SI NO

Motivazioni:.....

.....

Data..... Firma .....

**ASL AL** dr..... Si concorda SI NO

Motivazioni:.....

.....

Data..... Firma .....

**ASL AT** dr..... Si concorda SI NO

Motivazioni:.....

.....

Data..... Firma .....

---

**NON COMPILARE****Spazio riservato alla compilazione da parte del Farmacista**

È già stato utilizzato dalla S.C. richiedente?

Sì  No

È già stato impiegato nell'ambito di una sperimentazione clinica nella S.C. richiedente?

Sì  No

Regime di rimborsabilità .....

Prevalenza della patologia correlata:  ospedaliera  territoriale

Ambito di somministrazione:  ricovero ordinario  Day-Hospital  ambulatorio

Fascia di erogazione SSN: .....

Note AIFA

Prescrizione su Piano Terapeutico:  Sì  No

Il farmaco è inserito nel PHT\*:  Sì  No

\* Prontuario Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio

Si tratta di un prodotto esclusivo?

Sì  No

Si tratta di un farmaco sottoposto a monitoraggio intensivo da parte dell'AIFA?

Sì  No

Si tratta di un farmaco orfano o per il trattamento di una malattia rara?

Sì  No

Eventuali considerazioni di carattere farmaco-economico

Si ricorda che le richieste dovranno pervenire alla Segreteria Scientifica della S.C. Farmacia con almeno con 15 giorni di anticipo sulla data prevista per la riunione della Commissione e che il modulo dovrà essere compilato in ogni sua parte.

Data:.....

firma .....