

RICHIESTA DI FARMACI OFF-LABEL PER SINGOLO PAZIENTE

(DGR Piemonte n.5-5740/2007)

Il sottoscritto Dr. _____

Reparto _____ C.D.C. _____

Data _____

RICHIESTA DI FARMACI OFF-LABEL PER IL PAZIENTE

Cognome e nome _____ Data di nascita _____

Cod. fiscale _____ ASL n° _____ di _____

Patologia

Richiede il seguente medicamento che sarà utilizzato sotto la mia responsabilità e solo dopo aver ottenuto il consenso informato del paziente:

Denominazione _____ Forma Farmaceutica _____

Via di somministrazione _____ Dosi / die _____

Durata prevista per la terapia _____

Per la seguente indicazione terapeutica _____

Motivazione per cui si intende impiegare il farmaco richiesto:

- A) Assenza di farmaci autorizzati: trattamento di una patologia con un farmaco per il quale non sono previste nel decreto di autorizzazione al commercio le indicazioni per il trattamento della medesima
- B) Farmaco da utilizzare al di fuori A.I.C.: trattamento di una patologia con un farmaco per il quale non sono previste nel decreto di autorizzazione al commercio le indicazioni per il trattamento della medesima mentre esistano in commercio farmaci all'uopo autorizzati

TIMBRO e FIRMA del MEDICO RICHIEDENTE

TIMBRO e FIRMA RESPONSABILE REPARTO

SOC FARMACIA:

COSTO: _____