

MODULO DA COMPILARE e da allegare all'ORDINE

**ATTENZIONE TIMBRO AZIENDA
OSPEDALIERA OBBLIGATORIO**



AI SERVIZIO FARMACEUTICO dell'AZIENDA OSPEDALIERA di:
p.c. al MINISTERO della SALUTE - UFFICIO di SANITÀ AEROPORTUALE MALPENSA (MILANO).
MINISTERO della SALUTE U.T. USMAF CIAMPINO

Data,

OGGETTO: Richiesta d'importazione di un farmaco non registrato in Italia da utilizzarsi in ambito ospedaliero ai sensi del D.M. 11/02/1997.

Il sottoscritto Dott. (**IN STAMPATELLO LEGGIBILE**).....

Operante presso il Reparto/Divisione di

Chiede di importare, tramite la ditta INTER FARMACI ITALIA s.r.l., il seguente farmaco:

PRINCIPIO ATTIVO: iodine free indocianine
NOME COMMERCIALE: INFRACYANINE
FORMA FARMACEUTICA: fiale
DOSAGGIO: 25 mg/ 10 ml.
CONFEZIONAMENTO: 1 f.la powder + solv

Nella quantità di N° 36 conf. da 1 FAC, prodotto dalla ditta **Serb (F) titolare dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio** e regolarmente registrato nel paese di provenienza per la stessa indicazione terapeutica per il quale viene importato.

Tale farmaco (*Soggetto al 10% dell'imposta IVA*) è indispensabile ed insostituibile

PER LA CURA DEL PAZIENTE/I nr. _____ (INIZIALI e DATE di NASCITA dei PAZIENTI) _____

_____ affe

tti da **INDICARE PATOLOGIA** _____

POSOLOGIA non superiore a 3 mesi _____

PER SCORTA FARMACI - REPARTO SENZA PAZIENTI INDIVIDUATI data la variabilità della posologia e della durata della terapia non è possibile indicare preventivamente un numero preciso di pazienti a cui verrà somministrato il farmaco; comunque, sulla base dei dati storici, il quantitativo richiesto non dovrebbe superare l'esigenza di tre mesi di scorta.

affetti da (INDICARE PATOLOGIA E POSOLOGIA non superiore a 3 mesi) _____

e si richiede che sia già disponibile in reparto al momento del ricovero dei pazienti selezionati per questa terapia. Il farmaco sarà custodito presso la Farmacia ospedaliera e sarà eventualmente smaltito secondo la normativa vigente.

DICHIARA ALTRESI' CHE IL FARMACO:

- Non è sostituibile per il successo terapeutico con altri farmaci registrati in Italia.
- Non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope.
- Non è un emoderivato.
- Verrà impiegato sotto la mia diretta responsabilità dopo aver ottenuto il consenso informato del paziente o, in caso di minore o incapace, di chi esercita la patria potestà.
- Le generalità del paziente e i documenti relativi al consenso informato sono noti al medico curante.

BARRARE LA TEMPERATURA CORRETTA:

- Particolari condizioni di conservazione: temperatura (+2°+8°C), (-20°C), (Ambiente).

Il Sottoscrittore è consapevole:

- di essere penalmente sanzionabile se rilascia falsa dichiarazione (art. 76 D.P.R.445/2000);
- di decedere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato sulla base delle false dichiarazioni (art. 75 D.P.R. 445/2000);
- che l'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 D.P.R. n. 445/2000);
- che i dati forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento richiesto (D.L. vo n. 196/2003).

IL MEDICO
(FIRMA E TIMBRO PERSONALE)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FARMACIA (*)
(FIRMA E TIMBRO PERSONALE)

(*) se la struttura farmacia ospedaliera non ha cura propria della Farmacia Interna la firma deve essere del Direttore Sanitario.

Dot. Giuseppe Giunchiglia
MEDICO CHIRURGO
Specialista in Oftalmologia
Iscr. Albo dei Medici PA n. 12198
Cod. ENPAM 300223874U

G. Gagliardi
UNITA' OPERATIVA DI FARMACIA
Dot. Carmelo Di Giorgio
Farmacista