

**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