

“MODULO RICHIESTA FARMACO OFF-LABEL PER MALATTIA RARA”

FARMACO/SPECIALITÀ	
CODICE FISCALE DEL PAZIENTE	
AST DI RESIDENZA	
CODICE MALATTIA RARA	
INDICAZIONE	
MEDICO RICHIEDENTE	
AFFERENTE AL SEGUENTE CENTRO DI RIFERIMENTO PER LA MALATTIA RARA INDIVIDUATO DALLA REGIONE	
DATA	
COSTO MENSILE	

1) Si riscontra assenza di alternative terapeutiche?

SI NO

2) Ci sono almeno dati favorevoli di sperimentazioni cliniche di fase II?

SI: elencare ed allegare gli studi a supporto di tale uso off-label

NO: elencare l'eventuale letteratura reperita

3) Evidenze cliniche riscontrate dagli studi presentati

STUDIO CLINICO	FASE	TRATTAMENTI / OUTCOME PRIMARIO	RISULTATI

--	--	--	--

4) Beneficio atteso dal Prescrittore

5) Eventuali note e conclusioni

6) Consenso informato firmato da allegare alla richiesta

Timbro e Firma del Medico Prescrittore

Il Farmacista Referente

A cura del Direttore del Distretto di residenza dell'assistito:

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

Data _____

Timbro e Firma del Direttore del Distretto
