Alla Commissione Aziendale del Farmaco

c/o Direzione Sanitaria P.O.

SEDE

**MODULO PER LA RICHIESTA DI INSERIMENTO FARMACO**

**Medico richiedente: ……………………………………………………………..**

**Unità Operativa: ………………………………………………………………….**

**e-mail: ………………………………………………………… tel. …………………….**

* **Inserimento nuovo farmaco**
* **Allargamento di indicazione registrata/nuova formulazione**

**FARMACO RICHIESTO: ……………………………………………………………………..**

Classe di rimborsabilità: A H Classificazione per la fornitura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INDICAZIONE E POSOLOGIA PROPOSTA:**

|  |
| --- |
|  |

**MOTIVAZIONI GENERALI ALLA BASE DELLA RICHIESTA DEL FARMACO**

|  |
| --- |
|  |

**DATI DI EFFICACIA CLINICA DA ALLEGARE** (descrizione degli studi clinici a supporto della richiesta, indicazione, posologia e numerosità della popolazione, end-point valutati, eventuali gruppi di controllo, risultati, disegno degli studi)

**VALUTAZIONI RELATIVE ALLA SICUREZZA/TOLLERABILITÀ:**

|  |
| --- |
|  |

**TRATTAMENTI ALTERNATIVI GIÀ DISPONIBILI:**

|  |
| --- |
|  |

**BENEFICI ATTESI/ INDICAZIONE POSOLOGIA PROPOSTA:**

|  |
| --- |
|  |

**RELAZIONE COSTO EFFICACIA DA ALLEGARE**

**TIPOLOGIA E NUMERO DI PAZIENTI DA TRATTARE/ANNO:**

|  |
| --- |
|  |

**BIBLIOGRAFIA:**

Data ……../………/…….. Timbro e Firma

del Medico Responsabile dell’U.O.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_