



**Modulo richiesta farmaci OFF-LABEL per pazienti in regime di ricovero a ciclo diurno DH**

**TIPOLOGIA DI RICHIESTA**

- Ordinaria (tempo di valutazione: entro 4 giorni)
- In emergenza<sup>1</sup> (24 ore) - Limitatamente a condizioni che pongono il paziente in pericolo di vita o a rischio di grave disabilità

**DATI DEL RICHIEDENTE**

Il sottoscritto Prof/Dr.....U.O.....

E-MAIL.....recapito telefonico.....

- dichiara che nessuno dei farmaci disponibili tramite i percorsi regolamentati dalla normativa vigente può rappresentare una valida opzione terapeutica e che il farmaco richiesto è insostituibile per la terapia della patologia di cui è affetto il/paziente in quanto non esiste altra alternativa terapeutica autorizzata;
- dichiara altresì che il farmaco sarà somministrato, presso i locali di questa AOU, e di aver ottenuto il consenso informato del paziente al trattamento e che lo stesso è archiviato in cartella clinica;
- dichiara che qualora il trattamento debba continuare dopo la dimissione del paziente, ha acquisito la disponibilità dell'ASL di residenza o del paziente, ad assumere il relativo onere di spesa, scongiurando, in tal modo l'interruzione di terapia;
- dichiara che il trattamento con il medicinale prodotto industrialmente per un'indicazione o via di somministrazione o modalità di somministrazione o di utilizzazione diversa da quella autorizzata avviene sotto la propria diretta responsabilità.

**CHIEDE**

**DATI DEL PAZIENTE**

Nome e Cognome.....n. Cartella Clinica.....

Data e Luogo di nascita.....

**FARMACO RICHIESTO**

Principio attivo.....nome commerciale.....

Forma farmaceutica.....Dosaggio.....

Via di somministrazione.....Posologia prevista.....

Data pianificata inizio terapia.....Durata prevista della terapia.....

Motivazione terapeutica per cui si richiede il farmaco.....

.....

<sup>1</sup> Compatibilmente con i giorni di attività della UOC Farmacia

# AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "FEDERICO II"

La richiesta è off-label per

- indicazione
- dosaggio
- via di somministrazione
- età
- linea terapeutica
- combinazione di farmaci

**Si allega alla presente il consenso informato del paziente con firma in originale, rassegna della letteratura scientifica che documenti l'impiego conforme a studi scientifici accreditati di letteratura internazionale**

Data

Firma e timbro del Medico Prescrittore

\_\_\_\_\_

.....

## Spazio riservato alla Farmacia

Verificata correttezza formale della documentazione

Il Farmacista (firma e timbro)

Costo del trattamento.....

.....

.....

## Spazio riservato alla Direzione Sanitaria

Esaminata la documentazione e visto il costo del trattamento **si autorizza** l'impegno di spesa

Il Direttore Sanitario (firma e timbro) o suo delegato

.....

.....

**N.B. la richiesta deve essere trasmessa a mezzo e-mail corredata di tutti gli allegati al seguente indirizzo di posta elettronica: [farmacia.centralizzata@unina.it](mailto:farmacia.centralizzata@unina.it)**