



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II

Servizio di Farmacia Centralizzata

farmacia.centralizzata@unina.it

MEDICINALI EROGABILI A TOTALE CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE AI SENSI DEL COMMA 4, ART.1 , LEGGE 648/96

Paziente _____ M __ F__

Nato il _____ a _____ Prov. _____

CF _____ Residente a _____ Prov. _____

ASL _____ Distretto _____ Regione _____

Diagnosi _____

Specialità Farmaceutica _____

Dose pro/die _____ Durata Ciclo (gg) _____ N° Cicli _____

Si dichiara che:

Il farmaco è prescritto nel rispetto delle condizioni indicate nel relativo provvedimento di inserimento nell'elenco.

- Il trattamento avverrà sotto la propria diretta responsabilità.
- E' stato acquisito il consenso informato del paziente dal quale risulta che il paziente stesso è consapevole degli aspetti relativi alla mancata valutazione del medicinale da parte del Ministero della Salute ai fini dell'autorizzazione all'immissione in commercio, sotto il profilo della qualità, sicurezza, efficacia.
- Si impegna ad informare il paziente di eventuali nuovi dati relativi alla terapia della patologia di cui il paziente è affetto.
- E' stato elaborato il Piano terapeutico nel rispetto delle disposizioni vigenti.
- Ogni tre mesi saranno trasmessi all'Aifa i dati relativi al monitoraggio clinico, come previsto dal Provv. 31/01/01 pubblicato su GU 24/03/01 n° 70.

Data _____

Timbro della Struttura e
Firma del Medico

_____ Non Scrivere -Riservato all'UOC di Farmacia Centralizzata _____

CONSEGNA FARMACO

Progr.	Data	Specialità	Q.tà	Firma del Farmacista	Firma per Ricevuta