

**RICHIESTA DI INSERIMENTO DI UN NUOVO FARMACO NEL PRONTUARIO
TERAPEUTICO REGIONALE**

1) RICHIEDENTE:

Medico richiedente: _____

E-mail: _____

ASL/E.O./I.R.C.C.S. _____

Dipartimento: _____

Unità Operativa: _____

2) FARMACO PROPOSTO:

Principio attivo: _____

Specialità medicinale: _____

Dosaggio/i da usare: _____

Classificazione ATC e categoria terapeutica: _____

Forma farmaceutica: cp (), fl (), sir (), flac (), cerotto (), altro ()

Azienda produttrice : _____

3) STATO DEL FARMACO:

Nuovo farmaco

Nuova forma farmaceutica

Nuova indicazioni terapeutiche

Farmaco definito innovativo o potenzialmente innovativo

(ai sensi art.1 comma1 dell'Accordo Stato Regioni sui Farmaci innovativi sottoscritto in data 18-11-2010)

4) ASPETTI NORMATIVI:

Classe di rimborsabilità : A () H () C ()

Nota AIFA : SI () N° _____

NO ()

Piano terapeutico: SI () NO ()

PHT : SI () NO ()

Indicazioni terapeutiche registrate:

5) MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA:

Motivazioni cliniche generali per l'uso del farmaco richiesto:

Trattamento/i di riferimento già disponibile /i in Prontuario Terapeutico Regionale:

SI Specificare _____

NO , si tratta di un prodotto esclusivo ? _____

il prodotto è già stato sperimentato dal richiedente? _____

6) VANTAGGI DEL NUOVO FARMACO RISPETTO AL TRATTAMENTO DI RIFERIMENTO DISPONIBILE (farmacodinamica, farmacinetica, sicurezza, tollerabilità e spesa)
riportare e allegare le evidenze pertinenti e rilevanti, a sostegno dell'efficacia e della sicurezza riportate in letteratura

7) ASPETTI ECONOMICI:

	FARMACO PROPOSTO	TRATTAMENTO DI RIFERIMENTO DISPONIBILE
COSTO PER CONFEZIONE		
COSTO PER PAZIENTE /ANNO		
NUMERO STIMATO DI PAZIENTI DA TRATTARE		
COSTO TOTALE/ANNO		

8) GRAVITÀ/SEVERITÀ DELLA CONDIZIONE MORBOSA ALLA QUALE IL FARMACO È DESTINATO

Elevata

Moderata

Lieve

9) ENTITÀ DELL'EFFETTO TERAPEUTICO SULLA CONDIZIONE MORBOSA

potenziale abolizione della condizione morbosa

miglioramento marcato

miglioramento lieve (rallentamento della progressione della malattia)

10) EVENTUALI ALTRE U.O. CHE POTRANNO USUFRUIRE DEL TRATTAMENTO:

I Sottoscritti _____

DICHIARANO

Di non avere rapporti con aziende farmaceutiche, comprese le collaborazioni che hanno dato origine a pubblicazioni o altro materiale divulgativo tali da prefigurare situazioni di conflitto di interesse e si

IMPEGNANO

a dichiarare eventuali interessi che a titolo istituzionale /professionale o personale di tipo economico , finanziario o di altro genere.

Il Medico Richiedente

Il Direttore dell'Unità Operativa

Data
