

RICHIESTA DI FARMACI NON COMPRESI NEL PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO REGIONALE

NOMINATIVO PROPONENTE.....
AZIENDA OSPEDALE.....
REPARTO.....
DATA.....

FARMACO RICHIESTO.....
FORMA FARMACEUTICA.....
VIA DI SOMMINISTRAZIONE.....
INDICAZIONI TERAPEUTICHE PER CUI SI RICHIEDE L'INSERIMENTO.....
.....
NUMERO PRESUNTO DI PAZIENTI/ANNO CHE USUFUIRANNO DEL TRATTAMENTO
.....

MOTIVAZIONI

(ALLEGARE DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA)

.....
.....
.....

IL DIRETTORE DI U.O.

SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE TERAPEUTICA REGIONALE

DATA RICEZIONE

NUMERO PROTOCOLLO

RELAZIONE SINTETICA AI FINI DELLA RICHIESTA DI INSERIMENTO

- Inquadramento generale della patologia correlata al farmaco richiesto:

.....
.....

- Standard terapeutico di riferimento e protocolli in uso nella patologia:

.....
.....

- Motivazioni cliniche, vantaggi clinici e/o organizzativi rispetto al protocollo in uso e/o altri farmaci in prontuario:

.....
.....

- Modalità d'uso previste, con indicazioni dei criteri di inclusione dei pazienti e della durata del trattamento:

.....
.....

- Potenziali rischi associati al trattamento:

.....
.....

- Benefici attesi e possibili indicatori per il monitoraggio dei risultati:

.....
.....

Documentazione scientifica

(riportare le referenze bibliografiche di linee guida nazionali e/o internazionali di riferimento e studi clinici controllati condotti secondo validi criteri metodologici (non più di 6 referenze):

1) _____
2) _____
3) _____

4) _____
5) _____
6) _____

FIRMA DEL PROPONENTE