

Allegato
AL MINISTERO DELLA SALUTE
USMAF-SASN LOMBARDIA, PIEMONTE E VALLE D'AOSTA
UNITA' TERRITORIALE TORINO CASELLE

Richiesta di importazione di medicinali ai sensi del D.M. 11/02/1997.

Il sottoscritto Dr.
Residente in..... via
tel..... iscritto nell'Albo dell'Ordine dei Medici-
Chirurghi di al n..... cod. regionale.....
..... chiede di importare il medicinale (contenente il seguente/i
principio/i attivo/i):.....
nome commerciale:.....
forma farmaceutica
nella quantità di numero confezioni contenenti
di farmaco cadauna. prodotto dalla ditta: (specificare il nome dell'azienda)
Precisa che tale medicinale è regolarmente registrato nel Paese di provenienza:
per il trattamento di
Tale medicinale è indispensabile per la cura del Sig. (iniziali o codice)
affetto da:
Motivo per cui viene richiesta la scorta di reparto****

Dichiara altresì che il farmaco:

- non ha valida alternativa terapeutica con altri medicinali registrati in Italia;
- non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope;
- non è un emoderivato;
- verrà impiegato sotto la propria diretta responsabilità, dopo aver ottenuto il consenso informato scritto del paziente;
- che le generalità del paziente ed i documenti relativi al consenso informato sono custoditi presso il medico curante per la durata prevista dalla normativa vigente.

Particolari condizioni di conservazione del medicinale:

Temperatura (es. -20°C, da 2 a 8°C, < 25°, <30°, nessuna indicazione):

Altro:

Luogo e data _____

Timbro e firma leggibile del medico

Timbro e firma leggibile del Servizio Farmaceutico