

AZIENDA OSPEDALI RIUNITI PAPARDO PIEMONTE

PRESIDIO OSPEDALIERO _____

CENTRO PRESCRITTORE _____

DIRETTORE

RESPONSABILE

MEDICO PRESCRITTORE

MODULO PER LA RICHIESTA DI FARMACI OFF-LABEL

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale _____

Asp di Residenza _____ data di nascita _____

Affetto dalla seguente patologia: _____

FARMACO

INDICAZIONE / PATOLOGIA _____

DOSAGGIO / VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____

POSOLOGIA _____

DURATA DEL TRATTAMENTO _____

INIZIO TERAPIA ☐ SI ☐ NO (se no allegare relazione dettagliata sull'andamento della terapia e sui risultati clinici)

MOTIVO DELLA PRESCRIZIONE _____

PRECEDENTI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI INTRAPRESI PER LA PATOLOGIA IN OGGETTO _____

Da somministrare in regime di:

- ☐ ricovero ordinario
- ☐ day hospital
- ☐ ambulatoriale

Farmaco utilizzato off-label per diversa:

- ☐ posologia
- ☐ via di somministrazione (specificare)
- ☐ indicazione (specificare)
- ☐ assenza di farmaci autorizzati (patologia non prevista AIC)
- ☐ farmaco da utilizzare al di fuori dell'AIC (patologia non prevista in AIC ed esistono in commercio farmaci all'uopo autorizzati)