



## Prontuario Terapeutico Ospedaliero Territoriale Provinciale

### MODULO DI RICHIESTA DI INSERIMENTO DI NUOVA FORMULAZIONE E/O DOSE DI PRINCIPIO ATTIVO GIÀ PRESENTE

Richiedente: \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### 1. FARMACO

1.1. PRINCIPIO ATTIVO

\_\_\_\_\_

1.2. FORMA FARMACEUTICA, DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE

\_\_\_\_\_

1.3. FORMA FARMACEUTICA, DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE GIÀ  
PRESENTI IN P.T.O.T.P.

\_\_\_\_\_

#### 2. INDICAZIONI TERAPEUTICHE

2.1. Indicazioni terapeutiche per cui si propone l'inserimento

\_\_\_\_\_

#### 3. MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 4. COSTI DEL TRATTAMENTO RICHIESTO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. PREVALENZA DELLA PATOLOGIA CORRELATA**

Ospedaliera

Territoriale

**6. IMPIEGO DEL FARMACO IN REGIME DI:**

Ricovero ordinario

Day-hospital

Ambulatorio

**7. DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA**

7.1. Elenco letteratura disponibile/citata: linee guida nazionali e/o internazionali di riferimento e studi clinici controllati condotti secondo validi criteri metodologici (non più di 8 riferimenti)

- |    |       |    |       |
|----|-------|----|-------|
| 1. | _____ | 5. | _____ |
| 2. | _____ | 6. | _____ |
| 3. | _____ | 7. | _____ |
| 4. | _____ | 8. | _____ |

7.2 . Scheda tecnica del prodotto.

7.3. G.U. Repubblica Italiana relativa all'AIC del prodotto in oggetto.

Data \_\_\_\_\_

Il Richiedente

\_\_\_\_\_

Il Direttore Sanitario

\_\_\_\_\_



## Prontuario Terapeutico Ospedaliero Territoriale Provinciale

### MODULO DI RICHIESTA DI INSERIMENTO DI NUOVO FARMACO O NUOVA INDICAZIONE

<b>Richiedente:</b> _____ telefono _____ cellulare _____ e-mail _____
--

#### 1. FARMACO

##### 1.1. PRINCIPIO ATTIVO

\_\_\_\_\_

##### 1.2 . FORMA FARMACEUTICA, DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE

\_\_\_\_\_

#### 2. INDICAZIONI TERAPEUTICHE

##### 2.1. Indicazioni terapeutiche per cui si propone l'inserimento:

\_\_\_\_\_

##### 2.2. Tipo di registrazione:

Nazionale

Mutuo riconoscimento

Procedura centralizzata

#### 3. MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA

##### 3.1. Profilo delle motivazioni cliniche generali per l'uso del farmaco richiesto con inquadramento sintetico della patologia di interesse

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

##### 3.2. Farmaci già disponibili per la patologia di interesse e vantaggi del farmaco richiesto rispetto ai trattamenti già disponibili

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

##### 3.3. Evidenze disponibili per il nuovo farmaco anche sotto l'aspetto della trasferibilità nella pratica clinica

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.4. Eventuali criteri di inclusione ed esclusione dal trattamento con il farmaco proposto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.5. Profilo di sicurezza del farmaco

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.6. Costi del trattamento richiesto e confronto con i costi del trattamento standard

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.7. Previsione del numero di pazienti da trattare con il nuovo farmaco

\_\_\_\_\_

3.8. Prevalenza della patologia correlata: Ospedaliera  Territoriale

3.9. Impiego del farmaco in regime di: Ricovero ordinario  Day-hospital  Ambulatorio

#### 4. DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA

4.1. Elenco della letteratura disponibile/citata: linee guida nazionali e/o internazionali di riferimento e studi clinici controllati condotti secondo validi criteri metodologici (non più di 8 riferimenti)

1.	_____	5.	_____
2.	_____	6.	_____
3.	_____	7.	_____
4.	_____	8.	_____

4.2. Scheda tecnica del prodotto

4.3. G.U. Repubblica Italiana relativa all'AIC del prodotto richiesto

Data \_\_\_\_\_

Il Richiedente

Il Direttore Sanitario

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_