

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. | _____ |

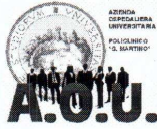
7.2 . Scheda tecnica del prodotto.

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

Richiedente: _____ 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
