

**Scheda 1 per la richiesta di farmaci**  
**Fuori scheda tecnica - Fuori prontuario ospedaliero - Acquisti all'estero**

|                |  |  |   |                                    |                         |
|----------------|--|--|---|------------------------------------|-------------------------|
| Data richiesta |  | Divisione – Day Hospital – Day Surgery |   | Medico Responsabile                | Recapito telefonico/fax |
| Paziente       | Nominativo   |  | Sesso   |                                    | Età                     |
|                | Diagnosi   |  | Fase Malattia   |                                    |                         |
|                | N° linee terapeutiche precedenti   |  |   |                                    |                         |
| Farmaco        | Nome Commerciale   |  | Dosaggio  |                                    |                         |
|                | Molecola   |  | Posologia   |                                    |                         |
|                | Fuori Scheda Tecnica   |  | <input type="checkbox"/>                                    | Cicli di terapia mensili richiesti |                         |
|                | Fuori Prontuario   |  | <input type="checkbox"/>                                    | Cicli di terapia totali previsti   |                         |
|                | Non registrato in Italia   |  | <input type="checkbox"/>                                    |                                    |                         |
| Allegati       | <input type="checkbox"/> <u>Relazione medica attestante:</u>   |  | <input type="checkbox"/> possibile risoluzione patologia    |                                    |                         |
|                |  |  | <input type="checkbox"/> allungamento durata di vita attesa |                                    |                         |
|                |  |  | <input type="checkbox"/> miglioramento qualità di vita      |                                    |                         |
|                | <input type="checkbox"/> Assunzione di responsabilità diretta da parte del medico prescrittore ( Responsabile Divisione –D.H. –D.S.) |  |   |                                    |                         |
|                | <input type="checkbox"/> Documentazione scientifica comprovante l'efficacia del farmaco richiesto                                    |  |   |                                    |                         |

Sezione 1 - Riservata al medico richiedente

|         |  |   |                          |                |
|---------|--|---|--------------------------|----------------|
| Farmaco | Vista la documentazione allegata, si esprime parere tecnico alla fornitura del farmaco |   | <input type="checkbox"/> | Favorevole     |
|         |  |   | <input type="checkbox"/> | Non favorevole |
|         | Costo unitario   | € |                          |                |
|         | Costo per un ciclo di terapia  | € |                          |                |
|         | Costo totale della terapia   | € |                          |                |

Sezione 2 - Riservata alla Farmacia

|            |  |  |                          |          |
|------------|--|--|--------------------------|----------|
| Parere CTA | Autorizzazioni                                 |  | <input type="checkbox"/> | Positivo |
|            | Parere della Commissione Terapeutica Aziendale |  | <input type="checkbox"/> | Negativo |
|            | <b>Note:</b>                                   |  |                          |          |

Sezione 3 - Riservata alDir. Sanitario

|  |   |  |            |  |
|--|---|--|------------|--|
| Dir. Sanitaria   | <b>Autorizzazione del Direttore Sanitario</b> |  |            |  |
|  |   |  | Data.....  |  |
|  |   |  | Firma..... |  |
| Si ricorda che il medico prescrittore è vincolato all'acquisizione del consenso informato del paziente |   |  |            |  |

Sezione 4 - Riservata alla Farmacia

|         |   |  |         |  |
|---------|---|--|---------|--|
| farmaco | Quantità di farmaco distribuito dalla Farmacia: |  |         |  |
|         | N° dosi / confezioni                            |  | Costo € |  |
|         | N° dosi / confezioni                            |  | Costo € |  |