

Il sottoscritto Medico curante Dott. _____
operante presso il Reparto/Divisione di _____
dell' Ospedale/ASL: _____

Considerato che il medicinale _____ risulta:

- regolarmente registrato in Italia, ma temporaneamente carente sul territorio nazionale *
- non registrato in Italia, ma legalmente in commercio nel paese di provenienza (*solo per vaccini o medicinali emo o plasma derivati **)

CHIEDE

L'autorizzazione ad importare dall'estero il seguente medicinale:

Principio attivo _____

Nome commerciale _____

Forma farmaceutica _____

Dosaggio e via di somministrazione _____

Quantità _____ (numero)/ _____

Per n. pazienti * _____ o v v e r o Per scorta reparto *

Indicazione terapeutica/diagnostica per la quale verrà utilizzato il medicinale:

Paese di provenienza del medicinale (in cui è regolarmente autorizzato alla immissione in commercio):

Titolare estero _____ **n. AIC nel Paese di provenienza** _____

Ditta estera produttrice _____

Eventuali intermediari : **PROFARMA Srls – Ascoli Piceno (AP) - Italia**

A tal fine dichiara che non sono disponibili al momento in Italia valide alternative terapeutiche e che tale medicinale:

1) verrà utilizzato esclusivamente per le indicazioni approvate nel paese di provenienza ed in accordo con il relativo riassunto delle caratteristiche del prodotto;

2) verrà impiegato sotto la diretta responsabilità dello scrivente medico curante dopo aver ottenuto, ai sensi della normativa vigente, il consenso informato dei pazienti o, in caso di minori o incapaci, di chi ne esercita la tutela o cautela.

A cura del responsabile dell'importazione viene assicurato che il prodotto è preparato secondo i requisiti di qualità e sicurezza equivalenti a quelli previsti dalla normativa vigente e che, in caso di prodotti per i quali è previsto in Italia l'obbligo di controllo di stato (medicinali immunologici e emo o plasma derivati) i lotti importati saranno accettati solo se corredati di copia del Certificato del controllo di Stato rilasciato dalle autorità competenti.

Data: _____

***barrare la voce applicabile**

Il Medico Curante

(firma per esteso e timbro)

Recapiti della struttura sanitaria _____

Regione: _____ A.S.L./A.O. _____

Tel: _____ Fax: _____

e-mail: _____

Il Dirigente del Servizio Farmaceutico

(firma per esteso e timbro)