

Il sottoscritto Medico curante Dr. _____ 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 emu 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 **IMPORTPHARMA SRL**

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 della 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 emu 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)