

Allegato

AL MINISTERO DELLA SALUTE

USMAF-SASN

UNITA' TERRITORIALE

Richiesta di importazione di medicinali ai sensi del D.M. 11/02/1997.

Il sottoscritto Dr.

Residente in via

tel.

iscritto nell'Albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi di

al n. cod. regionale

chiede di importare il medicinale (contenente il seguente/i principio/i attivo/i):

nome commerciale:

forma farmaceutica

nella quantità di numero confezioni contenenti di
farmaco cadauna.

prodotto dalla ditta: (specificare il nome dell'azienda)

Precisa che tale medicinale è regolarmente registrato nel Paese di provenienza:

per il trattamento di

Tale medicinale è indispensabile per la cura del Sig. (iniziali o codice)

affetto da:

Dichiara altresì che il farmaco:

- non ha valida alternativa terapeutica con altri medicinali registrati in Italia;
- non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope;
- non è un emoderivato;
- verrà impiegato sotto la propria diretta responsabilità, dopo aver ottenuto il consenso informato scritto del paziente;
- che le generalità del paziente ed i documenti relativi al consenso informato sono custoditi presso il medico curante per la durata prevista dalla normativa vigente.

Particolari condizioni di conservazione del medicinale:

Temperatura (es. -20°C, da 2 a 8°C, < 25°, <30°, nessuna indicazione):

Altro:

Luogo e data _____

Timbro e firma leggibile del medico