Modulo per la farmacia ospedaliera o territoriale

(la compilazione deve essere effettuata dallo specialista responsabile del trattamento del paziente. Il modulo deve essere trattenuto dalla farmacia ospedaliera e non deve essere inviato allo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze)

Alla cortese attenzione
della farmacia ospedaliera o territoriale di competenza

Oggetto: Richiesta medicinali ai sensi dell'art. 5 D.Lgs 219/2006

In riferimento alla impossibilità di reperire il medicinale **Mexiletina cloridrato**, il sottoscritto Prof/Dr……., specialista in …….. in qualità di medico operante nella struttura[1]……

CHIEDE

alla farmacia ospedaliera o territoriale di competenza ai sensi di quanto previsto dal comma 1 dell'art. 5 del D. Lgs. 219/2006 la fornitura del seguente medicinale: **MEXILETINA capsule da 200 mg** nei quantitativi qui specificati (numero di confezioni da 50 capsule da 200 mg)…… da richiedere al Direttore dello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare, Via R. Giuliani 201, 50141 Firenze

Il suddetto farmaco sarà utilizzato per il paziente

Nome:

Cognome:

Nato a: il:

Indirizzo:

Città:

Recapito telefonico:

ASL di residenza del paziente:

del cui trattamento il sottoscritto ha diretta e personale responsabilità.

Il farmaco è utilizzato per il trattamento di:

☐ Aritmie ventricolari in coronaropatie
☐ Aritmie ventricolari in corso di infarto miocardico
☐ Aritmie ventricolari indotte da digitale
☐ Extrasistoli ventricolari sia idiopatiche che di altra natura
☐ Profilassi a lungo termine delle aritmie ventricolari post-infartuali
☐ Altro tipo di aritmia cardiaca
(specificare)……

<u>Con la firma di tale modulo lo specialista certifica che il farmaco non è sostituibile per il paziente.</u>

Il farmaco è a carico del SSR/Lazio come da nota del Dipartimento Programmazione Economica e Sociale - Area Politica del Farmaco della Regione Lazio Prot. N. 49275 DB/07/02 del 08/03/2011

Luogo e data

Timbro e firma del medico

N° di telefono del medico richiedente: …….
N° di cellulare del medico richiedente
(facoltativo):…….
N° di fax del medico richiedente:……..
Email del medico richiedente
(facoltativo):……

(1): indicare il nome della struttura sanitaria, l'indirizzo, la città, la ASL di appartenenza