Al Direttore Sanitario Aziendale in qualità di Presidente della Commissione Terapeutica Aziendale

S E D E

U.O. richiedente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dipartimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Farmaco: - *Principio attivo: \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_*

* *Nome commerciale: \_\_\_\_\_\_\_*
* *Forma farmaceutica: \_\_\_\_\_\_*
* *Dosaggio: \_\_\_\_\_\_*
* *Via di somministrazione: \_\_\_\_\_\_*
* *Unità di misura:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fornitore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fabbisogni annuo presunto in UM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prezzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Considerando che un farmaco è infungibile se nel contesto della farmacopea ufficiale e/o dei processi registrativi effettuati presso l'EMA non risultano essere disponibili farmaci alternativi equivalenti dal punto di vista clinico-terapeutico ovvero con effetto terapeutico comparabile, fatte salve le variabilità individuali dei pazienti e le esigenze di garanzia della continuità terapeutica

Si chiede di motivare l’infungibilità:

Letto, confermato e sottoscritto

I sottoscritti dichiarano che per le indicazioni cliniche sopra specificate, secondo la farmacopea ufficiale, **non sono disponibili farmaci alternativi equivalenti dal punto di vista clinico terapeutico o con effetto terapeutico comparabile** (fatte salve le variabilità individuali dei singoli pazienti da trattare) e di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo-contabile, in merito all'attestazione di informazioni false, inesatte od erronee e di essere informati che, ai sensi dell'art.76 DPR 28/12/2000, n.445 “*Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale a d uso di atto falso*”.

Data \_ \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto (timbro e firma leggibile)

Il Dirigente richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Direttore della Struttura interessata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Direttore del Dipartimento cui afferisce la Struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_