

AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO
AREA PRODUZIONE E CONTROLLO
UFFICIO AUTORIZZAZIONI OFFICINE
FAX 06 59784312

**MODULO PER LA RICHIESTA DI FARMACI ESTERI
IN CASO DI CARENZA SUL TERRITORIO NAZIONALE AI SENSI DEL DM 11/05/2001**

Il sottoscritto Medico Dr. _____
operante presso il Reparto/Divisione di _____
chiede di poter importare tramite la Ditta _____
il seguente Farmaco _____
proveniente dal seguente Paese _____
Principio attivo _____
Nome commerciale _____
Forma farmaceutica _____
Dosaggio specialità _____
nella quantità di _____ per n. pazienti _____
Prodotto dalla Ditta _____
al prezzo di _____
Titolare dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio e Paese di Provenienza _____

Dichiara che il farmaco è regolarmente registrato nel Paese di provenienza.

Indicazione terapeutica/diagnostica _____

Si dichiara altresì che non sono disponibili al momento alternative terapeutiche.

Tale farmaco verrà impiegato sotto la diretta responsabilità dello scrivente medico curante dopo aver ottenuto, ai sensi del DM 1.9.1995, il consenso informato dei pazienti o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la patria potestà.

A cura del responsabile dell'importazione viene assicurato che il prodotto risulta preparato secondo i requisiti di sicurezza e qualità equivalenti a quelli richiesti dall'Autorità Sanitaria Italiana e, in caso di prodotti che per essere commercializzati in Italia richiedano il controllo di Stato, che i lotti importati saranno accettati solo se corredati di copia del Certificato di Stato rilasciato dalle Autorità Competenti.

Data _____

Il Medico Curante (firma per esteso) (timbro)

Per gli aspetti di propria competenza Il Dirigente del Servizio Farmaceutico (firma per esteso)(timbro)_____