

N.Richiesta	MODULO DI RICHIESTA FARMACI	
(Spazio Riservato)		
	Valido per acquisizione di farmaco infungibile	
Data		
Dipartimento		
U.O. / Servizio richiedente		

A) INFORMAZIONI SANITARIE	
Tipologia e descrizione del farmaco:	
.....	
.....	
.....	
Indicazioni terapeutiche del farmaco per specifica patologia:	
.....	
.....	
.....	
Indicazioni terapeutiche del farmaco per specifici casi clinici:	
.....	
.....	
.....	
Documentazione scientifica di riferimento:	
.....	
.....	
.....	

B) INFORMAZIONI SANITARIE/ORGANIZZATIVE	
Impiego sanitario : n° di casi da trattare previsti	
<input type="checkbox"/> In uso esclusivo presso l'U.O./Servizio richiedente <input type="checkbox"/> In uso presso altre UU.OO./Servizi (<i>indicare</i>):	
Codice:
Produttore:
Fabbisogno annuo presunto in UM:
Spesa annua presunta (IVA esclusa):
Durata proposta del contratto di fornitura:

C) DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITA'

I sottoscritti, consapevoli delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare e amministrativo-contabile in merito all'attestazione di informazioni false, inesatte od erranee, dichiarano che, per le indicazioni cliniche sopra specificate, secondo la Farmacopea Ufficiale, non sono disponibili farmaci alternativi equivalenti dal punto di vista clinico-terapeutico, ovvero con effetto terapeutico comparabile, fatte salve le variabilità individuali dei singoli pazienti da trattare.

Timbro/firma Dirigente Richiedente

.....

Timbro/firma Capo Dipartimento

.....

Timbro/firma Direttore Farmacia

.....

D) Valutazione Direz.ne Sanitaria :

Massima urgenza
Priorità piano acquisti anno

Urgente

Non urgente

Programmabile

Timbro/Firma Direttore Sanitario

.....