

Allegato A

RICHIESTA D'ACQUISTO DI FARMACI INFUNGIBILI E/O ESCLUSIVI

Dipartimento/Unità operativa richiedente _____

Farmaco: _____

Indicazioni terapeutiche per specifica patologia:

Indicazione terapeutica per specifici casi clinici:

Documentazione scientifica di riferimento:

Previsione dei casi da trattare per anno _____

Previsione dei consumi per anno _____

Farmaco già in uso in altri dipartimenti/unità operative (*barrare la casella di interesse*):

si

no

codice _____

Produttore: _____

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ

I sottoscritti, a norma di quanto prescritto dal Regolamento aziendale per l'acquisto di farmaci, dispositivi medici, altro materiale sanitario di consumo corrente e di beni durevoli dichiarati infungibili e/o esclusivi, consapevoli delle conseguenti responsabilità disciplinari, per danno erariale e penali, 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 pazienti da trattare.

Data _____

IL DIRETTORE DELL'UNITÀ OPERATIVA RICHIEDENTE

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE SERVIZIO FARMACEUTICO

IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO - parere favorevole -

