

Allegato

AL MINISTERO DELLA SALUTE

USMAF-SASN .....

UNITA' TERRITORIALE .....

**Richiesta di importazione di medicinali ai sensi del D.M. 11/02/1997.**

Il sottoscritto Dr. ....

Residente in ..... via .....

tel. ....

iscritto nell'Albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi di .....

al n. .... cod. regionale .....

chiede di importare il medicinale (contenente il seguente/i principio/i attivo/i):

nome commerciale: .....

forma farmaceutica .....

nella quantità di numero ..... confezioni contenenti ..... di  
farmaco cadauna.

prodotto dalla ditta: ..... (specificare il nome dell'azienda )

Precisa che tale medicinale è regolarmente registrato nel Paese di provenienza: .....

per il trattamento di .....

Tale medicinale è indispensabile per la cura del Sig. (iniziali o codice) .....

affetto da: .....

Dichiara altresì che il farmaco:

- non ha valida alternativa terapeutica con altri medicinali registrati in Italia;
- non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope;
- non è un emoderivato;
- verrà impiegato sotto la propria diretta responsabilità, dopo aver ottenuto il consenso informato scritto del paziente;
- che le generalità del paziente ed i documenti relativi al consenso informato sono custoditi presso il medico curante per la durata prevista dalla normativa vigente.

Particolari condizioni di conservazione del medicinale:

Temperatura (es. -20°C, da 2 a 8°C, < 25°, <30°, nessuna indicazione): .....

Altro: .....

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma leggibile del medico