|  |
| --- |
| **RICHIESTA ACCESSO AL FONDO AIFA 5% (Legge n.326/2003)** |
| Il presente modulo è obbligatorio e deve essere compilato in ogni sua parte. Non saranno prese in considerazione richieste pervenute con modalità differente.  |
| **Indicare se si tratta di**I richiesta di accesso al fondo **□**Richiesta di rinnovo di accesso al fondo **□** |
| **Medicinale***(Indicare principio attivo e denominazione medicinale)***Indicazione terapeutica per la quale si richiede il finanziamento:** |
| **Medico richiedente:***(Indicare il nome del medico strutturato responsabile della richiesta, recapito telefonico e mail)***Struttura di appartenenza:***(Indicare la struttura di appartenenza, indirizzo e mail)* |
| **Razionale a supporto del trattamento proposto** *(Fornire il razionale della richiesta e fornire i dati clinici disponibili a supporto)* |
| **Eleggibilità in studi clinici in corso nell’indicazione richiesta***(Indicare se sono in corso studi clinici, e in particolare presso la struttura di appartenenza del richiedente, e le eventuali motivazioni della non eleggibilità del paziente)* |
| **Disponibilità dell’Azienda farmaceutica a fornire il medicinale ai sensi del D.M. 7 settembre 2017** *(Indicare se sia stata effettuata la richiesta del medicinale all’azienda farmaceutica nell’ambito di un uso compassionevole ai sensi del D.M. 7 settembre 2017 e riportare la risposta fornita dell’azienda).*  |
| **Relazione clinica del paziente XX** *(inserire esclusivamente le iniziali)***, data di nascita XX/XX/XX** *(Riportare la relazione clinica, senza indicazione dei dati identificativi del paziente, inerente alla condizione patologica di interesse che includa in particolare le informazioni relative ai precedenti trattamenti e la risposta clinica ottenuta)* |
| **Piano Terapeutico** *(Indicare il dosaggio e la durata della terapia richiesta)* |
| **Richiesta urgente □***(****barrare solo*** *se la Struttura richiedente necessita di una risposta in merito al finanziamento del trattamento entro 10 giorni dall’invio della richiesta)* |
| **Presa in carico del paziente** Il paziente verrà preso in carico e quindi trattato presso una struttura differente da quella di appartenenza del medico richiedente Si **□** No **□****Motivazione:**Se si indicare:**Medico referente della struttura che prenderà in carico il paziente:****Struttura di appartenenza:***(Indicare la struttura di appartenenza, indirizzo, recapiti telefonici e mail)* |
| **Allegati:***(Allegare eventuali pubblicazioni o ulteriore documentazione a supporto della richiesta)* |