REGIONE TOSCANA

DGRT n. 148/2007 (Allegato 5) e successive

USO OFF LABEL di Farmaci: Prescrizione e Segnalazione di impiego

Allegato al Piano terapeutico num. _____

Il sottoscritto Dr. Cognome e Nome Medico prescrittore Cod. Fiscale codice fiscale in servizio presso AZIENDA-STRUTTURA

acquisito il consenso informato del paziente:

COGNOME E NOME PAZIENTE: _____
CODICE FISCALE: _____
DATA NASCITA: _____
COMUNE RESIDENZA: _____
ASL APPARTENENZA: _____
PATOLOGIA: _____

dichiaro di assumere la responsabilità della seguente prescrizione "off label":

SPECIALITA'MEDICINALE:_____
PRINCIPIO ATTIVO: _____
DOSAGGIO-VIA DI SOMMINISTRAZIONE: _____
_____
POSOLOGIA: _____
DURATA TRATTAMENTO: _____
con la seguente motivazione (barrare una delle scelte):

a) uso off label secondo legge 648/96 e succ.modifiche
b) uso off label compreso in specifici atti regionali
c) uso off label non compreso nei due punti sopra

E'obbligatorio allegare una breve relazione clinica sul caso.

Luogo e Data: _____

Timbro e firma medico prescrittore: _____

FACSIMILE

Il presente documento non è riproducibile e può essere emesso solo attraverso il Registro Toscano Malattie Rare