

MODULO RICHIESTA FARMACO OFF-LABEL PER MALATTIA RARA

Richiesta di valutazione da inviare a cura del Servizio Farmaceutico del Presidio RMR
al Centro di Coordinamento Regionale Malattie Rare
Riservato ai soli farmaci off-label NON presenti nel PDTA regionale

FARMACO/SPECIALITA'	
PRESIDIO RMR	
INIZIALI DEL PAZIENTE	
DATA DI NASCITA	
ATS	
CODICE MALATTIA RARA	
INDICAZIONE	
MEDICO RICHIEDENTE	
DATA	
COSTI	

1. Si riscontra assenza di alternative terapeutiche?

<input checked="" type="checkbox"/>	SI	Specificare
<input type="checkbox"/>	NO	

2. Ci sono almeno dati favorevoli di sperimentazioni cliniche di fase II?

<input checked="" type="checkbox"/>	SI	Elencare ed allegare gli studi a supporto di tale uso off-label
<input type="checkbox"/>	NO	Richiedere il parere al Centro Regionale per le malattie rare elencando la eventuale letteratura reperita

- _____
- _____

3. Evidenze cliniche riscontrate dagli studi presentati

REFERENZA STUDIO CLINICO FASE	NUMERO PAZIENTI	TRATTAMENTI/ OUTCOME PRIMARIO	RISULTATI

4. Beneficio atteso dal Prescrittore

5. Eventuali note/conclusioni

Il Farmacista Referente

Il Direttore di Farmacia
