

**VALUTAZIONE IN MERITO ALLA RICHIESTA DI UTILIZZO
OFF LABEL PER MALATTIA RARA**

FARMACO/SPECIALITA'	
UO/ CENTRO	
INIZIALI DEL PAZIENTE	
DATA DI NASCITA	
ASL	
CODICE MALATTIA RARA	
INDICAZIONE	
MEDICO RICHIEDENTE	
DATA	
COSTI	

1. Si riscontra assenza di alternative terapeutiche?

X	SI	Specificare
	NO	

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

X	SI	Elencare ed allegare gli studi a supporto di tale uso off-label
	NO	Richiedere il parere al Centro Regionale per le malattie rare elencando la eventuale letteratura reperita

1. _____
2. _____

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
