**MODELLO DI RICHIESTA DI INDIVIDUAZIONE/INTEGRAZIONE**

**DI CENTRI PER LA DIAGNOSI E PRESCRIZIONE DI FARMACI SOGGETTI A LIMITAZIONE**

Da inoltrare alla Direzione Centrale Salute

**Oggetto:** richiesta di individuazione/integrazione/modifica dell’U.O.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Azienda AAS/ASUI/IRCSS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’elenco dei Centri abilitati alla prescrizione di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’indicazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **STRUTTURA**  (specificare se pubblica o privata accreditata e l’esatta denominazione dell’unità operativa o servizio o reparto o altro)  Unità Operativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ambulatorio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ubicata c/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (indicare se Presidio Ospedaliero, IRCCS, Casa di Cura o altro) |

In merito alla richiesta in oggetto, si richiede una (*indicare*):

* PRIMA INDIVIDUAZIONE
* INTEGRAZIONE/MODIFICA

alla prescrizione del farmaco come di seguito esplicitato:

- Principio attivo, Farmaco

- Indicazione

- Motivazioni a supporto della richiesta

- Elenco dei Centri già individuati alla prescrizione presenti all’interno della Azienda Sanitaria proponente *(se applicabile)*

- Stima del numero di pazienti affetti dalla patologia in esame e afferenti al Centro di cui si richiede l’autorizzazione

- Stima del numero di pazienti affetti dalla patologia in esame e residenti nella intera Azienda Sanitaria *(solo per le aziende sanitarie)*

- Altro *(campo note libero) o richiesta di requisiti specifici in base al tipo di farmaco (laddove richiesti)*

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DIRETTORE SANITARIO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_