|  |
| --- |
| **Richiesta di inserimento di un nuovo farmaco** **nel Prontuario Terapeutico di Area Vasta Romagna** |

**Alla Segreteria Scientifico-Organizzativa della Commissione del Farmaco AVR**

**1) RICHIEDENTE**

Medico richiedente:

|  |
| --- |
|  |

Unità Operativa:

|  |
| --- |
|  |

Dipartimento:

|  |
| --- |
|  |

E-mail:

|  |
| --- |
|  |

CDC:

|  |
| --- |
|  |

CS □ FO □ RA □ RN □ IRST IRCCS □

**2) FARMACO PROPOSTO**

Nuovo farmaco □ Nuova forma farmaceutica □ Nuovo dosaggio □

Principio attivo:

|  |
| --- |
|  |

Specialità medicinale:

|  |
| --- |
|  |

Forma farmaceutica: cp □ fl □ sir □ flac □ cerotto □ altro □

Dosaggio/i richiesto/i:

|  |
| --- |
|  |

Indicazioni terapeutiche registrate per cui si propone l'inserimento del farmaco:

|  |
| --- |
|  |

**3) MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA**

Motivazioni cliniche generali per l'uso del farmaco richiesto:

|  |
| --- |
|  |

Trattamento/i di riferimento già disponibile/i in PT AVR:

|  |
| --- |
|  |

Vantaggi del nuovo farmaco rispetto al trattamento di riferimento disponibile (farmacodinamica, farmacocinetica, sicurezza e tollerabilità, spesa...):

|  |
| --- |
|  |

Dati di efficacia clinica (descrizione degli studi clinici a supporto della richiesta)

|  |
| --- |
|  |

Profilo di sicurezza (effetti collaterali più frequenti e severi, possibili interazioni con altri farmaci...

|  |
| --- |
|  |

**4) ASPETTI ECONOMICI**

|  |  |
| --- | --- |
| COSTO TRATTAMENTO FARMACO PROPOSTO | COSTO TRATTAMENTODI RIFERIMENTO DISPONIBILE |
|  |  |

Prevalenza della patologia e previsione del numero di pazienti da trattare con il nuovo farmaco:

|  |
| --- |
|  |

Eventuali altre U.O. che potranno usufruire del trattamento:

|  |
| --- |
|  |

Il Medico Richiedente

|  |
| --- |
|  |

Il Direttore di Unità Operativa

|  |
| --- |
|  |

Data

|  |
| --- |
|  |

Bibliografia (allegare per esteso almeno 3 studi pertinenti e rilevanti ai fini della valutazione):

|  |
| --- |
|  |

*INVIARE LA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE TRAMITE MAIL*

*ALLA SEGRETERIA SCIENTIFICO-ORGANIZZATIVA DELLA CF AVR* (cfavr@auslromagna.it)

 Trasmettere la copia firmata via fax al n. 0541-705562