**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 DELPAZIENTE** |  |
| **DATA DI NASCITA** |  |
| **ATS** |  |
| **CODICE MALATTIARARA** |  |
| **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 | *RichiedereilparerealCentroRegionaleperlemalattierareelencandolaeventualeletteratura* |

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

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