

**MODELLO DI RICHIESTA PER L'IMPORTAZIONE DI MEDICINALI STUPEFACENTI
NON REGISTRATI IN ITALIA**

(D.M. 11/02/1997 e successive modificazioni ed integrazioni)

DA INVIARE VIA FAX AL
Ministero della Salute
Ufficio Centrale Stupefacenti
Via Civiltà Romana, 7 – 00144 Roma
FAX 06 59943226

**INDIRIZZO COMPLETO DELLA
STRUTTURA SANITARIA RICHIEDENTE:**

(farmacia ospedaliera/ farmacia territoriale/casa di cura *)

Tel:

Fax:

MEDICO RICHIEDENTE:

MEDICINALE

- NOME COMMERCIALE:
- DENOMINAZIONE PRINCIPIO ATTIVO:
- FORMA FARMACEUTICA:
- DOSAGGIO:
- CONFEZIONI DA (numero di unità per confezione)
- NUMERO CONFEZIONI RICHIESTE:
- POSOLOGIA PRESCRITTA (*escluso per la ketamina*)

**INDIRIZZO COMPLETO DELLA
DITTA ESTERA ESPORTATRICE:**

DOGANA DI INGRESSO NEL TERRITORIO ITALIANO:

DICHIARAZIONE A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE

Il sottoscritto.....

Dichiara che il medicinale:

- è regolarmente registrato nel paese di provenienza;
- non è sostituibile con altri medicinali registrati in Italia e non sono disponibili al momento alternative terapeutiche;
- verrà impiegato sotto la sua diretta responsabilità, per n. pazienti già individuati, dopo aver ottenuto il consenso informato scritto dei pazienti stessi o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la patria potestà e che le generalità dei pazienti e i documenti relativi al consenso informato saranno in possesso dello scrivente medico curante;
- il quantitativo richiesto è necessario per una cura non superiore a 90 giorni, per ogni singolo paziente.

IL MEDICO
(firma e timbro personale)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI FARMACIA (*)
(firma e timbro personale)

(*) Se la struttura sanitaria richiedente è una Casa di Cura priva della farmacia interna la firma deve essere del Direttore Sanitario.