|  |  |
| --- | --- |
| **Farmaco** |  |
| **Principio attivo** |  |
| **ATC** |  |

|  |
| --- |
| **Dettagli del richiedente** |

|  |  |
| --- | --- |
| Azienda Farmaceutica |  |
| Azienda Sanitaria |  |  |
| Direttore Generale | Nome: | Cognome: |
| Direttore Sanitario | Nome: | Cognome: |

|  |
| --- |
| **Dettagli richiesta (campi obbligatori \*)**  |
|  **Determina AIFA pubblicata su G.U. di classificazione ai fini della rimborsabilità in classe C(nn) \*** Da allegare alla presente | Determina n. \_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pubblicata su GU n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Patologia\*****Come da determina C(nn)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Razionale d’uso\*****Comprensiva di offerta economica** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Breve descrizione della coorte di pz\*** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Criteri di eleggibilità\*** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Assenza alternativa terapeutica a carico SSN\*** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Risultati attesi (outcomes)\* riportati in letteratura** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Comparazione con alternativa terapeutica a carico SSN\*** |  |

|  |
| --- |
| **Altri documenti (campi non obbligatori)**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrizione allegati****- Studi clinici** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Comunicazioni alla commissione**  |  |

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Legale rappresentante Azienda Farmaceutica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Da stampare su carta intesta Aziendale ed inviare a mezzo pec compilata in tutte le parti obbligatorie \* , firmata dal legale rappresentante o suo delegato e timbrata a :*** ***dg04.farmaceutica@pec.regione.campania.it***