

RICHIESTA DI INSERIMENTO DI MEDICINALE NEL PRONTUARIO TERAPEUTICO SOVRAZIENDALE
(da inviare al Servizio Farmaceutico referente della propria struttura)
Tel. - E-mail

Il sottoscritto Dr/Prof. _____

Qualifica _____

U.O _____

Struttura Sanitaria _____

AULSS 3 AULSS4 IRCCS San Camillo

chiede di inserire nel Prontuario Terapeutico Sovraziendale il seguente farmaco:

Principio attivo _____

Dosaggi e forme farmaceutiche _____

Indicazioni terapeutiche _____

Eventuali precauzioni o limitazioni d'uso che si intendono proporre:

Posologia

giornaliera _____

per ciclo di trattamento _____

via di somministrazione _____

Durata presunta del trattamento _____

A tal fine dichiaro:

1. Alternative già presenti in PTA

_____ il nuovo farmaco andrebbe a

affiancarsi sostituirsi

2. Vantaggi del farmaco proposto rispetto ad analoghi già inseriti in Prontuario:

(per la compilazione vedi Note Esplicative)

A. EFFETTO TERAPEUTICO	<input type="checkbox"/> 1. Effetto terapeutico più intenso <input type="checkbox"/> 2. Efficacia in pazienti "refrattari" <input type="checkbox"/> 3. Maggiore efficacia in pazienti selezionati <input type="checkbox"/> 4. Minore variabilità <i>intra</i> -individuale della risposta <input type="checkbox"/> 5. Minore variabilità <i>inter</i> -individuale della risposta <input type="checkbox"/> 6. Comparsa più rapida dell'effetto <input type="checkbox"/> 7. Nuova indicazione terapeutica <input type="checkbox"/> 8. Indicazioni terapeutiche più ampie <input type="checkbox"/> 9. Indicazioni terapeutiche più mirate <input type="checkbox"/> 10. Maggiore documentazione dell'efficacia clinica
B. EFFETTI INDESIDERATI	<input type="checkbox"/> 1. Effetti indesiderati meno frequenti <input type="checkbox"/> 2. Effetti indesiderati meno gravi <input type="checkbox"/> 3. Assenza di un particolare effetto indesiderato <input type="checkbox"/> 4. Interazioni farmacologiche meno frequenti o meno gravi
C. PRATICITÀ D'USO	<input type="checkbox"/> 1. Schema posologico più semplice <input type="checkbox"/> 2. Preparazione farmaceutica di impiego più agevole <input type="checkbox"/> 3. Minore necessità di controlli di efficacia e/o tossicità <input type="checkbox"/> 4. Migliore possibilità di modulare l'effetto <input type="checkbox"/> 5. Nuova via di somministrazione

(le caselle crociate devono essere supportate da bibliografia specifica)

2. Linee guida di riferimento per la patologia in trattamento nazionali/internazionali utilizzate per l'impiego del farmaco (indicare titolo, anno e organismo estensore)

3. Il farmaco verrà utilizzato in regime di
 ricovero ordinario day hospital ambulatoriale ospite in struttura residenziale

4. Analisi dei costi (Unità Operativa)

Farmaco	a) Costo/die per paziente Prezzo al pubblico*	b)Durata media prevedibile trattamento (gg)	(aXb)Costo paziente	N°Pazienti/anno	Spesa annua presunta
Farmaco	a) Costo/die per paziente Prezzo ospedaliero*	b)Durata media prevedibile trattamento (gg)	(aXb)Costo paziente	N°Pazienti/anno	Spesa annua presunta

*Compilare la tabella contenente il prezzo al pubblico o/e quella contenente il prezzo ospedaliero

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

1. Linee guida di riferimento nazionali/internazionali/regionali sul trattamento della patologia
2. referenze più recenti(report di HTA, studi clinici, metanalisi, revisioni sistematiche)

Data _____

Il medico richiedente

Il Direttore UO/Coordinatore

IL Capo Dipartimento

ALL'ATTENZIONE DEL SERVIZIO FARMACEUTICO REFERENTE

La richiesta, completa dell'analisi predisposta dal Servizio Farmaceutico unitamente alla documentazione allegata, deve essere inviata alla Segreteria Scientifica della Commissione Terapeutica Sovraziendale per e-mail al seguente indirizzo michela.zanutti@aulss3.veneto.it almeno 30 giorni precedenti la riunione della Commissione.