



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

Richiesta di autorizzazione all'utilizzo di
farmaci OFF-LABEL

Al Direttore della Farmacia Ospedaliera

Il sottoscritto Prof/Dr _____ Reparto _____

Richiede per il paziente:

Cognome e nome _____ Data di nascita _____

Codice Fiscale _____ ASL di residenza _____

Patologia _____

Codice ICD-9 per la patologia: _____

l'acquisto del principio attivo _____

Nome commerciale _____ Dosaggio _____

Forma Farmaceutica _____ Posologia _____

Durata del trattamento _____

Indicazione terapeutica _____

Motivazione per cui si intende usare il farmaco richiesto:

non esistono farmaci registrati per questa indicazione

esistono altri farmaci registrati per questa indicazione, ma non si possono usare perché

Precedenti trattamenti intrapresi per la patologia in oggetto: _____

Utilizzo già approvato presso altre ASL/Centri di Riferimento: SI NO NON SO

Se sì, quali? _____

L'erogazione dovrebbe avvenire in regime:

