

<b>MINISTERO DELLA SALUTE</b> DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA	<b>Processo operativo</b> RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE ALL'IMPORTAZIONE DI SPECIALITÀ MEDICINALI.	P.O.S. 10 USMAF SASN _____
		Pag. 20 a 27

MODELLO 10-1

Allegato 10

**AL MINISTERO DELLA SALUTE**  
**USMAF-SASN di Lazio, Marche, Umbria, Abruzzo e Molise**  
**UNITÀ TERRITORIALE DI ROMA CIAMPINO**

**Richiesta di importazione di medicinali ai sensi del D.M. 11/02/1997.**

Il sottoscritto Medico curante Dr. \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ iscritto nell'Albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi di \_\_\_\_\_  
 al n. \_\_\_\_\_ codice regionale \_\_\_\_\_  
 operante presso il Reparto / Divisione di \_\_\_\_\_  
 dell'Ospedale/ASL \_\_\_\_\_

chiede di importare dall'estero il seguente medicinale:

Principio/i attivo/i: Tioproninum  
 Nome commerciale: Thiola  
 Forma farmaceutica: compresse  
 Dosaggio specialità: 100 mg  
 Nella quantità di nr.: \_\_\_\_\_ confezioni contenenti nr. 100 unità di farmaco cadauna  
 Prodotto dalla ditta: Mylan  
 Titolare estero AIC: Merck

Precisa che tale medicinale è regolarmente registrato nel Paese di provenienza: Giappone

Per il trattamento di: \_\_\_\_\_

Tale medicinale è indispensabile per la cura del Sig. (solo iniziali o codice): \_\_\_\_\_

Affetto da: \_\_\_\_\_

Motivo per cui viene richiesta la scorta di reparto\*: \_\_\_\_\_

Dichiara altresì che il farmaco:

- non ha valida alternativa terapeutica con altri medicinali registrati in Italia;
- non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope;
- non è un emoderivato;
- verrà impiegato sotto la propria diretta responsabilità, dopo aver ottenuto il consenso informato scritto del paziente o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la patria potestà;
- che le generalità del paziente ed i documenti relativi al consenso informato sono custoditi presso il medico curante per la durata prevista dalla normativa vigente;
- in caso di richiesta per scorta, che il quantitativo richiesto non supera i 90 giorni di terapia per paziente.

Particolari condizioni di conservazione del medicinale:

Temperatura (es. -20°C, da 2 a 8°C, <25°C, <30°C, nessuna indicazione): temperatura ambiente

Altro: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 Il Dirigente del Servizio Farmaceutico  
 Timbro e firma leggibile per esteso

\_\_\_\_\_  
 Il Medico Curante  
 Timbro e firma leggibile per esteso







