

CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA SANITARIA CHE RICHIEDE IL FARMACO

DATA

Spettabile  
Ditta S.A.L.F. S.P.A.  
Laboratorio Farmacologico  
Via Guglielmo D'Alzano, 12  
24122 BERGAMO

OGGETTO: Dichiarazione di Assunzione di Responsabilità

Il sottoscritto Dott.....

Responsabile del Reparto.....

Dell'Ospedale/Clinica.....

In conformità alle prescrizioni indicate dall'art. 25 D.L. 178/91, dall'art. 27 Legge 526/99 e dall'art. 5 D.L. 23/98 chiede la fornitura della seguente preparazione:

Composizione.....

.....

.....

Forma farmaceutica: tipo (*fiale, flaconi, sacche*) e volume .....

Quantità ordinata n.°.....(Rif. nostro ord. ....del .....

Dichiara di prescrivere tale farmaco per il seguente scopo.....

Dichiara che il ricorso a tale preparazione è giustificato dal seguente eccezionale motivo.....

Dichiara di utilizzare tale preparazione nella Struttura Ospedaliera alla quale è preposto, sotto la sua diretta e personale responsabilità.

Dichiara che il principio attivo è descritto in Farmacopea Europea o contenuto in medicinali prodotti industrialmente autorizzati in un paese dell'Unione.

Dichiara di ottenere il consenso del paziente trattato, nel caso le indicazioni terapeutiche siano diverse da quelle dei medicinali industriali a base dello stesso principio attivo autorizzati nell'Unione Europea.

Con osservanza

IL MEDICO UTILIZZATORE  
Nome e cognome in stampatello  
(*firma*)

.....