

Modulo per la richiesta di Mexiletina cloridrato allo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare

(Il presente modulo deve essere compilato dal medico prescrittore e dal farmacista ospedaliero così come indicato. La spedizione allo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare deve essere effettuata esclusivamente dalla farmacia ospedaliera di competenza)

Al Direttore dello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare
Via R. Giuliani 201
50141 Firenze
Fax 055 4250568
Tel 055-45561
e-mail: affari.regolatori@farmaceuticomilitare.it

Oggetto: Richiesta medicinali ai sensi dell'art. 5 D.Lgs 219/2006

In riferimento alla impossibilità di reperire il medicinale **Mexiletina cloridrato**, il sottoscritto Dott. **(2)**.....

.....
in qualità di **(2)**.....

della struttura(indicare nome della struttura, ASL e località)

(2).....

.....
per il paziente (indicare **solo** le iniziali)**(2)**.....

che ha certificato quanto previsto dall'art.5 del D.L.23/98, così come convertito da L. 8 aprile 1998, n. 94.

Chiede

Alla farmacia ospedaliera o territoriale competente di **(1)**(specificare luogo, indirizzo e ASL)

.....
.....
.....
.....
.....
ai sensi di quanto previsto dal comma 1 dell'art. 5 del D. Lgs. 219/2006 la fornitura del seguente medicinale: **MEXILETINA CLORIDRATO capsule da 200 mg** nei quantitativi qui specificati (numero di confezioni da 50 capsule da 200 mg)**(2)**..... da richiedere al Direttore dello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare, Via R. Giuliani 201, 50141 Firenze.

Il suddetto farmaco sarà utilizzato esclusivamente sotto la propria personale e diretta responsabilità per **(2)**:

Il farmaco è utilizzato per il trattamento di:

- Aritmie ventricolari in coronaropatie
- Aritmie ventricolari in corso di infarto miocardico
- Aritmie ventricolari indotte da digitale
- Extrasistoli ventricolari sia idiopatiche che di altra natura
- Profilassi a lungo termine delle aritmie ventricolari post-infartuali
- Altro tipo di aritmia cardiaca

(specificare).....
.....
.....
.....

Il farmaco è a carico del SSR/Lazio come da nota del Dipartimento Programmazione Economica e Sociale – Area Politica del Farmaco della Regione Lazio Prot. N. 49275 DB/07/02 del 08/03/2011

N° di telefono del medico:.....

N° di fax del medico:.....

E-mail del medico prescrittore (facoltativo):.....

Luogo e data.....

Timbro e firma del medico

Il farmacista dirigente ospedaliero o territoriale**(1)**

Nome e Cognome (*scrivere in stampatello*):

.....

Firma del farmacista dirigente, data e timbro della farmacia ospedaliera richiedente:

.....

.....

Il modulo compilato vale come richiesta di preventivo.

N° di telefono della farmacia ospedaliera o
territoriale:.....

N° di fax della farmacia ospedaliera o
territoriale:.....

E-mail farmacia ospedaliera:.....

- (1) **Compilazione a cura del farmacista dirigente ospedaliero**
- (2) **Compilazione a cura del medico responsabile della prescrizione**