

**MODULO PER LA RICHIESTA DI INSERIMENTO  
DI UN NUOVO FARMACO O DI UNA NUOVA INDICAZIONE NEL PRONTUARIO  
TERAPEUTICO DELL'AOU "G. MARTINO"**

**Proponente:** \_\_\_\_\_

**Nome responsabile da contattare (eventualmente):**  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**1. FARMACO**

**1.1 PRINCIPIO ATTIVO**

\_\_\_\_\_

**1.2 FORMA FARMACEUTICA, DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE**

\_\_\_\_\_

**2. INDICAZIONI TERAPEUTICHE**

**2.1. Indicazioni terapeutiche per cui si propone l'inserimento**

\_\_\_\_\_

**2.2 Tipo di registrazione (a cura della Segreteria PTO)**

Nazionale       Mutuo riconoscimento       Procedura centralizzata

**3. MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA**

**3.1 Profilo delle motivazioni cliniche generali per l'uso del farmaco richiesto con  
inquadramento sintetico della patologia di interesse**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3.2 Farmaci già disponibili per la patologia di interesse e vantaggi del farmaco richiesto rispetto  
ai trattamenti già disponibili**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3.3 Evidenze disponibili per il nuovo farmaco anche sotto l'aspetto della trasferibilità nella  
pratica clinica**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

