

**MODELLO DI RICHIESTA D'INSERIMENTO DI CENTRI PRESCRITTORI
NUOVI FARMACI E/O NUOVE INDICAZIONI**

Inviare a:

Settore Assistenza Farmaceutica, Protesica, Dispositivi Medici - ARS Marche
Via Gentile da Fabriano, 3 - 60125 - ANCONA
- regione.marche.assistenzafarmaceutica@emarche.it

OGGETTO: Richiesta di inserimento nell'elenco dei Centri regionali autorizzati alla prescrizione di farmaci

Con riferimento alla richiesta in oggetto, si richiede l'autorizzazione della seguente struttura:

Denominazione: _____

Ubicata c/o: _____
(Azienda Sanitaria Territoriale – Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche – INRCA)

Alla gestione/prescrizione del farmaco di seguito indicato:

Principio attivo: _____

Nome farmaco: _____

Indicazione terapeutica: _____

Motivazioni a supporto della richiesta: _____

Stima del n° di pazienti affetti dalla patologia in esame e afferenti al centro/ambulatorio: _____

Breve descrizione delle risorse umane, strumentali e laboratoristiche a disposizione: _____

Breve descrizione delle specifiche competenze, dell'esperienza e della qualificazione del personale della UO/UOC:

Indicazione del Centro autorizzato più vicino: _____

Data: _____

Il Direttore/Responsabile della UO/UOC

PARERE FAVOREVOLE DELLA DIREZIONE SANITARIA
