



MODELLO 10-1

Al Ministero della Salute

USMAF_SASN

UNITA' TERRITORIALE VENEZIA

Via Dorsoduro 1416 – 30123 VENEZIA

Oggetto: Richiesta di importazione di Farmaco ai sensi del D.M. 11/02/1997

Il sottoscritto Dr./Prof.

Residente in CITTA'Provincia:via.....

tel..... Operante presso:

Iscritto nell'albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi di

Al n° Cod. regionale

chiede di importare il medicinale (contenente il seguente/i principio/i:

.....PROPILTIOURACILE 50 MG CPR.....

Nome commercialePROPYCIL.....

Forma farmaceutica

Nella quantità di numero confezioni contenenti di farmaco cadauna.

Prodotto dalla Ditta (specificare il nome dell'Azienda)

Precisa che tale farmaco è regolarmente registrato nel Paese di provenienza.....

Per il trattamento di:.....

Tale farmaco è indispensabile per la cura del sig. (solo iniziali o codice).....

Affetto da

Dichiaro 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;
- 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.

Particolari condizioni di conservazione:

Temperatura: -20°C, da 2 a 8°C, < 25°, > 30°, altro(specificare).....

Altro

Luogo e data

.....
timbro e firma leggibile del medico curante.....
Il Direttore dell'U.O. di Farmacia