|  |
| --- |
| **COMUNICAZIONE DI INIZIO/FINE/INTERRUZIONE/RINUNCIA DEL TRATTAMENTO** **AUTORIZZATO AI SENSI DELLA LEGGE N.326/2003** |
| **Medico Richiedente:****e-mail medico richiedente****Istituzione di appartenenza****Medicinale***(Indicare principio attivo e denominazione medicinale)***Iniziali e data di nascita del paziente****Indicazione terapeutica per la quale è stato autorizzato il finanziamento:** |
| **Determinazione AIFA di autorizzazione al trattamento o data pre-autorizzazione:***(Indicare numero e data della determinazione di autorizzazione all’accesso al fondo)* |
| **Data di inizio del trattamento****……………………****Data di fine del trattamento****……………………****Trattamento mai iniziato** **□** *(Indicare la motivazione)***Durata effettiva del trattamento: mesi/cicli****Se interruzione anticipata del trattamento autorizzato inserire la motivazione** Rinuncia del paziente al trattamento **□**Decesso del paziente **□**Evento avverso **□**Altro:**Data,**  |