|  |
| --- |
| **RICHIESTA ACCESSO AL FARMACO VEKLURY® (REMDESIVIR)****EMERGENCY SUPPORT INSTRUMENT** |
| **Il presente modulo** **è obbligatorio e deve essere** **compilato in ogni sua parte ed inviato all’indirizzo uso****compassionevole@aifa.gov.it** **sia in formato PDF datato e firmato dal richiedente, che in formato word.****Non saranno prese in considerazione richieste pervenute con modalità differente.** |
| **Medico richiedente:***(Indicare il nome del medico strutturato responsabile della richiesta)***Struttura di appartenenza:***(Indicare la struttura di appartenenza, indirizzo e-mail)* |
| **Relazione clinica del paziente XX** *(inserire esclusivamente l’identificativo anonimo o le iniziali)***Data di nascita XX/XX/XX** *(Riportare una sintetica relazione clinica, senza indicazione dei dati identificativi del paziente, in relazione alle indicazioni autorizzate per Veklury***®***(remdesivir). NON deve essere una mera riproduzione della cartella clinica.*  |
| Al fine di garantire la corretta e celere distribuzione del farmaco, è inoltre necessario fornire le seguenti informazioni:**Medico referente della struttura che prenderà in carico il paziente:**Recapito e-mail: Recapito telefonico (preferibilmente cellulare):**Farmacista ospedaliero o altro referente responsabile per la consegna del farmaco:**Recapito e-mail:Recapito telefonico (preferibilmente cellulare): **Farmacia ospedaliera** Recapito e-mail:Recapito telefonico fisso della farmacia ospedaliera con reperibilità h24:Telefono cellulare di reperibilità per la farmacia ospedaliera: |

**Data Firma**