|  |
| --- |
| **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**](mailto: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**