|  |
| --- |
| **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,** |