

Modulo per la richiesta di Mexiletina cloridrato allo

Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare

(Il presente modulo deve essere compilato dal medico prescrittore e dal farmacista. La spedizione allo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare deve essere effettuata esclusivamente dalla farmacia ospedaliera di competenza)

Al Direttore dello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare

Via R. Giuliani 201 - 50141 Firenze

e-mail: produzione.oralifarmaceuticomilitare.it , oppure al Fax 055 451866

Oggetto: Richiesta medicinali ai sensi dell'art. 5 D.Lgs 219/2006

In riferimento alla impossibilità di reperire il medicinale **Mexiletina cloridrato**,

il sottoscritto Dr **(2)**.....

.....

in qualità di.....

della struttura (indicare nome della struttura, ASL e località) **(2)**

.....

.....

per il paziente (indicare **solo** le iniziali)**(2)**.....

che ha certificato quanto previsto dall'art.5 del D.L.23/98, così come convertito da L. 8 aprile 1998, n. 94.

Chiede

alla farmacia di **(1)** (specificare nome, luogo, indirizzo)

.....

.....

.....

ai sensi di quanto previsto dal comma 1 dell'art. 5 del D. Lgs. 219/2006 la fornitura del seguente medicinale: **MEXILETINA CLORIDRATO capsule da 200 mg** nei quantitativi qui specificati (numero di confezioni da 50 capsule da 200 mg)**(2)** da richiedere al Direttore dello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare, Via R. Giuliani 201, 50141 Firenze.

Il suddetto farmaco sarà utilizzato esclusivamente sotto la propria e diretta responsabilità per **(2)**:

- terapia di aritmia cardiaca
- terapia di sindrome miotonica come da Determinazione AIFA del 17/08/2010 (10A10670) pubblicata in G.U. serie generale n. 201 del 28/08/2010

N° di telefono del medico:.....

N° di fax del medico:.....

Luogo.....data.....

Timbro e Firma del medico

.....

Il farmacista ⁽¹⁾

Nome e Cognome (*scrivere in stampatello*):

.....

Firma del farmacista

.....

N° di telefono della farmacia:

N° di fax della farmacia:

Indirizzo di posta elettronica della farmacia (obbligatorio):.....

@.....

(1) Compilazione a cura del farmacista

(2) Compilazione a cura del medico responsabile della prescrizione