

**MODELLO DI RICHIESTA PER L'IMPORTAZIONE DI MEDICINALI STUPEFACENTI NON REGISTRATI IN ITALIA**

(D.M. 11/02/1997 e successive modificazioni ed integrazioni)

**DA INVIARE VIA FAX AL**  
Ministero della Salute  
Direzione Generale dei Farmaci  
e dei Dispositivi Medici  
Ufficio Centrale Stupefacenti  
Via Giorgio Ribotta, 5 – 00144 Roma  
**FAX 06 59943226**

**INDIRIZZO COMPLETO DELLA  
STRUTTURA SANITARIA RICHIEDENTE:**

(farmacia ospedaliera / farmacia territoriale ASL / casa di cura \*):

.....  
.....

**Tel:** .....

**Fax:** .....

**MEDICO RICHIEDENTE:** .....

**MEDICINALE**

- NOME COMMERCIALE: .....
- DENOMINAZIONE PRINCIPIO ATTIVO: .....
- FORMA FARMACEUTICA: .....
- DOSAGGIO: .....
- CONFEZIONI DA (numero di unità per confezione) .....
- NUMERO CONFEZIONI RICHIESTE: .....
- POSOLOGIA PRESCRITTA .....

**INDIRIZZO COMPLETO DELLA  
DITTA ESTERA ESPORTATRICE:**

.....  
.....

**DOGANA DI INGRESSO NEL TERRITORIO ITALIANO:** .....

**DICHIARAZIONE A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE**

*Il sottoscritto*.....

*Dichiara che il medicinale:*

- è regolarmente registrato nel paese di provenienza;
- non è sostituibile con altri medicinali registrati in Italia e non sono disponibili al momento alternative terapeutiche;
- verrà impiegato sotto la sua diretta responsabilità, per n° ..... pazienti già individuati, dopo aver ottenuto il consenso informato scritto dei pazienti stessi o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la patria potestà e che le generalità dei pazienti e i documenti relativi al consenso informato saranno in possesso dello scrivente medico curante;
- il quantitativo richiesto è necessario per una cura non superiore a 90 giorni, per ogni singolo paziente.

**Data** .....

**IL MEDICO**  
**(firma e timbro personale)**

**IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI FARMACIA (\*)**  
**(firma e timbro personale)**

(\*) Se la struttura sanitaria richiedente è una Casa di Cura priva della farmacia interna la firma deve essere del Direttore Sanitario.