



AZIENDA USL
VALLE D'AOSTA

UNITÉ SANITAIRE LOCALE
VALLÉE D'AOSTE

Alla Segreteria del

COMITATO ETICO

AZIENDA U.S.L. VALLE D'AOSTA
c/o Ospedale Umberto Parini

Aosta, _____

OGGETTO: Dichiarazione in merito al grado di Comparabilità del paziente ai criteri di inclusione ed esclusione del Programma di Uso Terapeutico del farmaco (D.M.07/09/2017 art.4, comma 1, lettera c)

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa..... della S.C./S.S., in qualità di medico richiedente del trattamento.....per "Uso Terapeutico del farmaco" dichiaro che il paziente.....(iniziali e data di nascita) affetto da....., è comparabile ai pazienti inclusi nelle sperimentazioni di cui all'art.4, comma 1, lettera c, del D.M.07/09/2017 e soddisfa tutti i criteri di inclusione ed esclusione presenti nel protocollo nominale allegato alla documentazione.

Si dichiara che la richiesta per uso terapeutico di medicinale è relativa a:

- . medicinali non ancora autorizzati, sottoposti a sperimentazione clinica
- . medicinali sprovvisti dell'autorizzazione all'immissione in commercio
- . medicinali autorizzati ma non ancora disponibili sul territorio nazionale
- . medicinali per malattie o tumori rari con studi di fase I già conclusi

Cordiali saluti,

In fede