



Alla Segreteria del
COMITATO ETICO
AZIENDA U.S.L. VALLE D'AOSTA
c/o Direzione Area Ospedaliera
Ospedale Umberto Parini
SEDE

PROT. n°.....

“Usò Terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica”

Spettabile **COMITATO ETICO**,

Il sottoscritto Dott. _____

CHIEDE:

- l'approvazione all'utilizzo del farmaco denominatoper il trattamento del paziente in oggetto, ai sensi del D.M. 7 settembre 2017 “Disciplina dell'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica”

DICHIARA:

1. che non esiste valida alternativa terapeutica;
2. che la somministrazione del farmaco avverrà sotto la sua responsabilità;
3. che è stato acquisito il consenso informato del paziente e che lo stesso sarà conservato nella cartella clinica del paziente

ALLEGA:

CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE:

Iniziali paziente	
Data di nascita	
Peso (Kg)	
Diagnosi	
Fase della malattia	
Precedenti trattamenti oncologici intrapresi per la patologia in atto	
Sesso	
Razza	
Anamnesi oncologica: allegata relazione clinica	

CARATTERISTICHE DEL FARMACO E SCHEMA TERAPEUTICO PROPOSTO:

Indicazione Patologia	
Fornitura prodotto (da.....)	
Ulteriori documenti allegati relativi al farmaco (indicare quali documenti si allegano)	
SCHEMA TERAPEUTICO Per il quale si richiede l'approvazione	

In fede,

Timbro e firma del medico richiedente

Luogo e data:_____

SEZIONE RISERVATA AL COMITATO ETICO (Presidente o chi ne fa le veci)

Vista la documentazione allegata, si esprime parere:

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE

all'utilizzo dello schema terapeutico proposto per il trattamento del paziente
con..... per via, tutti i giorni, ai sensi del D.M. 7 settembre 2017
(Uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica).

Luogo e data,.....

Timbro e Firma del Presidente del Comitato Etico
(o chi ne fa le veci)