

PROSPETTO INFORMATIVO  
PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE  
PROGRAMMA DI USO TERAPEUTICO

<b>PROGRAMMA DI USO TERAPEUTICO:</b>
<b>FARMACO:</b>
<b>AZIENDA CHE FORNIRÀ GRATUITAMENTE IL FARMACO:</b>
<b>STRUTTURA PRESSO LA QUALE VERRÀ EROGATO IL TRATTAMENTO:</b>
<b>MEDICO RESPONSABILE:</b>
<b>CONTATTI DEL MEDICO RESPONSABILE:</b>
<b>CODICE PAZIENTE:</b>

Al Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

*Gentile Collega,*

*con la presente La informiamo che al/alla suo/a paziente è stato proposto di seguire il seguente Programma di Uso Terapeutico (D.M. 7 settembre 2017) con somministrazione del farmaco*

\_\_\_\_\_.

*Di seguito si riportano alcune importanti informazioni.*

**- QUALI SONO LE FINALITÀ DELLA PARTECIPAZIONE A QUESTO PROGRAMMA DI USO TERAPEUTICO?**

*La proposta di iniziare il trattamento con il farmaco \_\_\_\_\_ viene formulata in quanto il/la paziente è affetto/a da \_\_\_\_\_ e tale farmaco rappresenta una potenziale, ulteriore, possibilità terapeutica per il trattamento della patologia.*

*Il farmaco \_\_\_\_\_ [DESCRIVERE LE CARATTERISTICHE DEL FARMACO E COME AGISCE].*

**- CHI HA VALUTATO LA FATTIBILITÀ DI QUESTO PROGRAMMA DI USO TERAPEUTICO?**

*In base alla normativa vigente questa proposta di partecipazione al Programma di Uso Terapeutico è stata preventivamente valutata ed approvata da parte del Comitato Etico Unico Regionale (CEUR) del Friuli Venezia Giulia, quale organismo indipendente con il compito ed il ruolo di valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici della richiesta formulata, a tutela dei diritti e della sicurezza della Persona.*

**- COME AVVIENE LA PARTECIPAZIONE A QUESTO PROGRAMMA DI USO TERAPEUTICO?**

*Se il/la paziente decide di partecipare a questo Programma di Uso Terapeutico è previsto che [Specificare...venga chiesto di sottoporsi a...saranno previste le seguenti procedure, esami...]*

**- COME AVVIENE LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO?**

*Il farmaco \_\_\_\_\_ viene somministrato secondo le seguenti modalità [indicare posologia, tempi, modalità di somministrazione...cosa succede se il paziente non ha assunto la dose prevista...]*

**- SONO PREVISTE ULTERIORI TERAPIE IN ASSOCIAZIONE?**

*Il farmaco \_\_\_\_\_ viene somministrato secondo le seguenti modalità di associazione [es. in associazione a...; previa somministrazione di...]*

**- QUANTO TEMPO DURERÀ LA PARTECIPAZIONE A QUESTO PROGRAMMA DI USO TERAPEUTICO?**

*La durata del trattamento non è preventivamente definibile in quanto può dipendere da molteplici variabili, correlate alle caratteristiche della patologia del/della paziente, la presenza di eventuali, ulteriori, trattamenti, la risposta clinica che conseguirà al trattamento anche in termini di insorgenza di effetti avversi, la volontà del/della paziente, qualora abbia accettato il trattamento, di proseguirlo secondo le indicazioni del medico.*

**- QUALI SONO I BENEFICI ATTESI DALLA PARTECIPAZIONE A QUESTO PROGRAMMA DI USO TERAPEUTICO?**

*A seguito della partecipazione al trattamento proposto non vi è alcuna garanzia che il/la paziente possa trarne beneficio. La partecipazione potrebbe determinare un miglioramento del suo stato di salute, ma non ci sono garanzie di riuscita certe.*

**- QUALI SONO I RISCHI CORRELATI ALLA PARTECIPAZIONE A QUESTO PROGRAMMA DI USO TERAPEUTICO?**

*La partecipazione al trattamento proposto può associarsi a uno o più dei seguenti effetti avversi.*

*[descrivere gli effetti avversi come indicati nella Investigator's Brochure o documento affine, comprensivi degli effetti noti o meno in merito anche a: GRAVIDANZA, ALLATTAMENTO, FERTILITÀ, GUIDA DI VEICOLI E UTILIZZO DI MACHINARI- SPECIFICARE ANCHE SE I DATI DISPONIBILI INDICANO CHE NON VI SONO RISCHI – ES. L'ASSUNZIONE DI...NON ALTERA...]*

*[PREVEDERE DI INFORMARE CIRCA LA NECESSITÀ/OPPORTUNITÀ DI RICORRERE A METODI CONTRACCETTIVI PER DONNA E UOMO, SPECIFICANDONE TIPO E CARATTERISTICHE]*

**- VI SONO NORME PRECAUZIONALI DA OSSERVARE POST TRATTAMENTO?**

*Il/la paziente è stata/o informata/o in merito al fatto che dopo il trattamento potrebbe... e quindi è stato indicato di .... [ovvero se non necessario indicare norme specifiche, riportare che non ve ne sono]*

**- QUALE FORMA DI TUTELA ASSICURATIVA È PREVISTA PER LA PARTECIPAZIONE A QUESTO PROGRAMMA DI USO TERAPEUTICO?**

L'Ente Sanitario presso il quale è condotto questo Programma di Uso Terapeutico garantisce la copertura di eventuali danni correlati ai trattamenti clinico-assistenziali mediante propria Polizza Assicurativa.

**- CHI PUÒ ESSERE CONTATTATO IN CASO DI NECESSITÀ?**

In caso dovesse avere necessità di qualunque chiarimento potrà contattare:

[INSERIRE RIFERIMENTI]

**- QUANTO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI?**

Al paziente verrà sottoposta idonea e completa informativa sul trattamento dei dati personali nell'ambito del Programma con espressione del relativo consenso informato necessario per lo svolgimento del Programma stesso.

La ringraziamo sin d'ora per la sua collaborazione e rimaniamo a Sua disposizione.

A cura del medico proponente e/o di un altro medico della Struttura

_____	____/____/____	_____
Cognome e nome del medico	Data	Firma