

Allegato

**AL MINISTERO DELLA SALUTE**  
**USMAF-SASN ..... Ciampino-Rm.**  
**UNITA' TERRITORIALE ..... Ciampino-Rm.**

**Richiesta di importazione di medicinali ai sensi del D.M. 11/02/1997.**

Il sottoscritto Dr. ....

Residente in ..... via .....

Tel. ....

Iscritto nell'Albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi di .....

al n. .... cod. regionale .....

chiede di importare il medicinale (contenente il seguente/i principio/i attivo/i):

.....

nome commerciale: **IRENAT GOCCE ( perclorato di sodio )**

forma farmaceutica: **300 mg / ml x 40 ml**

nella quantità di numero ..... confezioni contenenti **1 FIALA** di farmaco  
cadauno.

Prodotto dalla ditta: **BAYER** (specificare il nome dell'azienda).

Precisa che tale medicinale è regolarmente registrato nel Paese di provenienza:**GERMANIA**

Per il trattamento di .....

Tale medicinale è indispensabile per la cura del Sig. (iniziali o codice) .....

affetto da: .....

Dichiara altresì che il farmaco:

- Non ha valida alternativa terapeutica con altri medicinali registrati in Italia;
- Non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope;
- Non è un emoderivato;
- Verrà impiegato sotto la propria responsabilità, dopo aver ottenuto il consenso informato scritto dal paziente;
- Che le generalità del paziente ed i documenti relativi al consenso informato sono custoditi presso il medico curante per la durata prevista dalla normativa vigente.

Particolari condizioni di conservazione del medicinale:

Temperatura ( es. -20°C, da 2 a 8°C, <25°C, <30°C, nessuna indicazione): .....

Altro: .....

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma leggibile del medico