

ALLEGATO 1

Modulo di richiesta fornitura del medicinale importato

Spett.le **Pharmaidea S.r.l.**
Via del Commercio, 5
25039 Travagliato (BS)
n. verde 800 373 555 – Tasto 3
E-mail: Ospedaliero@pharmaidea.com

Il sottoscritto medico Dott. _____, in servizio presso _____,

CHIEDE

alla **PHOENIX LABS Unlimited Company** la fornitura **a titolo gratuito** del medicinale **“HYDROCORTISONE ROUSSEL® (hydrocortisone) 10mg comprimé”**

nella quantità di _____

per la cura del/i paziente/i affetto/i da:

- Morbo di Addison, surrenectomia _____
- Sindrome di Debré-Fibiger _____
- Sindrome di Sheehan, insufficienza ipofisaria di varie cause _____
- Iperplasia surrenalica congenita (Stress dose in paziente con farmaci disponibili in Italia)
- Iperplasia surrenalica congenita (paziente non candidato al trattamento con farmaci disponibili in Italia)

Tale medicinale verrà utilizzato sotto la diretta responsabilità dello scrivente Medico curante, previo ottenimento, ai sensi del D.M. 1 settembre 1995, del consenso informato del paziente o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la tutela o curatela.

Data _____

Il **Medico curante** (firma per esteso e timbro)

per gli aspetti di propria competenza:

Il Responsabile della struttura sanitaria/Dirigente della Farmacia Ospedaliera

(firma per esteso e timbro)

Indirizzo della Farmacia Ospedaliera presso la quale deve essere effettuata la fornitura:
