

**MODELLO DI RICHIESTA PER L' IMPORTAZIONE DI MEDICINALI STUPEFACENTI
NON REGISTRATI IN ITALIA**

(D.M. 11/02/1997 e successive modificazioni ed integrazioni)

DA INVIARE VIA FAX AL
Ministero del lavoro, della salute e
delle politiche sociali
Ufficio Centrale Stupefacenti
Via G. Ribotta n. 5 – 00144 Roma
- FAX 06 59943226

INDIRIZZO COMPLETO DELLA

STRUTTURA SANITARIA RICHIEDENTE:

(farmacia territoriale/farmacia ospedaliera/casa di cura)

Presidio Assistenza Farmaceutica

Via

Tel:

Fax:

MEDICO RICHIEDENTE:

Dr. _____

MEDICINALE

NOME COMMERCIALE:

_____ contiene

DENOMINAZIONE PRINCIPIO ATTIVO:

FORMA FARMACEUTICA:

Materiale vegetale essiccato e trattato con raggi gamma,
in flaconi sigillati sterili

DOSAGGIO:

CONFEZIONI DA:

5 gr.

NUMERO CONFEZIONI RICHIESTE:

_____ confezioni

POSOLOGIA PRESCRITTA:

_____ g. al dì per via orale in infusione _____

o per via polmonare (aerosol nebulizzato a 190° C. tramite vaporizzatore elettrico)

INDIRIZZO COMPLETO DELLA

DITTA ESTERA ESPORTATRICE:

Bureau voor Medicinale Cannabis- Postbus16114-NL 2500 BC

Den Haag - (c/o Ministero della Salute olandese)

Indirizzo: Wijnhaven 16, NL-2511 GA THE HAGUE, Olanda

e-mail: info@cannabisbureau.nl Telefono +31 70 340 5113 Fax +31 70 340 7426

www.cannabisoffice.nl www.cannabisbureau.nl www.minvws.nl

DOGANA DI INGRESSO NEL TERRITORIO ITALIANO:

Roma Ciampino

DICHIARAZIONE A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE

Il sottoscritto Dr. _____

Dichiara che il medicinale:

- è regolarmente registrato nel paese di provenienza;

- non è sostituibile con altri medicinali registrati in Italia e non sono disponibili al momento alternative terapeutiche

-verrà impiegato sotto la sua diretta responsabilità per un (1) paziente già individuato, dopo aver ottenuto il
consenso informato scritto del paziente stesso o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la patria potestà e che le
generalità

del paziente e i documenti relativi al consenso informato saranno in possesso dello scrivente medico curante;

-il quantitativo richiesto è necessario per una cura non superiore a 90 giorni.

Data: _____ / _____ / _____

IL MEDICO CURANTE

(firma e timbro personale)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI FARMACIA

(firma e timbro personale)