

Dichiarazione scelta terapeutica utilizzo off-label

RICHIESTA DA INVIARE ALLA SEGRETERIA DEL DIPARTIMENTO FUNZIONALE INTERAZIENDALE DI FARMACOLOGIA CLINICA

Unita Strutturale: _____

Farmaco/Protocollo: _____

Indicazione Off-Label: _____

Relazione Clinica: _____

DICHIARARE SE VI E' ALTERNATIVA TERAPEUTICA (legge 94/98):

SI

NO

EVENTUALI COMMENTI: _____

DATA _____

IL DIRETTORE US _____

Allegare la documentazione richiesta