Elimina le voci

Può compilare questo formulario con il computer: prima deve salvare il formulario vuoto sul suo computer e aprirlo. Per riempirlo necessita della versione attuale di Adobe Reader (Download gratuito: http://get.adobe.com/it/reader).

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI

Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS
Ambito Assicurazione invalidità

Modulo «Richiesta di assunzione dei costi per medicamenti off-label-use da parte dell'AI»

Dati personali

Cognome	Nome
Numero AVS	**Data di nascita**

Sesso: ☐ ♀ ☐ ♂	Altezza (cm)	Peso (kg)
Ufficio AI		
Diagnosi e n. OIC-DFI		
Medicamento richiesto		
	☐ Nell'ES, applicazione al di fuori delle informazioni specialistiche o della limitazione ES	
	☐ Omologato da Swissmedic, ma non nell'ES	
	☐ Importato (non omologato in Svizzera)	
• Posologia		
• Numero di cicli terapeutici o durata della terapia		
• In combinazione con un altro medicamento	☐ Sì ☐ No	
• Se sì, quale?		
• Motivazione della scelta del medicamento		
• Terapia attuale e relativo andamento (allegare le copie dei pertinenti rapporti medici)		
Prognosi della malattia	Senza il medicamento richiesto	
	Con il medicamento richiesto (secondo lo studio allegato, ev. ulteriori indicazioni)	
Quali alternative terapeutiche sono disponibili?		

Dopo quanto tempo dall'inizio della terapia è possibile esprimersi sul successo clinico della medesima?		
Base scientifica della scelta della terapia (pubblicazione accessibile al pubblico, referenze). **Allegare lo studio pubblicato più rilevante.**		
Costi annui previsti per la terapia (con indicazione della fonte)		
Medico richiedente	Cognome/nome	Studio medico/ospedale (con indirizzo)