

## Modulo per la richiesta di Mexiletina cloridrato allo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare

(Il presente modulo deve essere compilato dal medico prescrittore e dal farmacista ospedaliero così come indicato. La spedizione allo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare deve essere effettuata esclusivamente dalla farmacia ospedaliera di competenza)

Al Direttore dello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare

Via R. Giuliani 201

50141 Firenze

Fax 055 4250568

Tel 055-45561

(Riferimento: T. Col. Flavio Paoli e-mail: [affari.regolatori@farmaceuticomilitare.it](mailto:affari.regolatori@farmaceuticomilitare.it) )

### Oggetto: Richiesta medicinali ai sensi dell'art. 5 D.Lgs 219/2006

In riferimento alla impossibilità di reperire il medicinale **Mexiletina cloridrato**, il sottoscritto Dott. **(2)**.....

.....  
in qualità di **(2)**.....

della struttura(indicare nome della struttura, ASL e località)

**(2)**.....

.....

.....

.....

per il paziente (indicare **solo** le iniziali)**(2)**.....

che ha certificato quanto previsto dall'art.5 del D.L.23/98, così come

convertito da L. 8 aprile 1998, n. 94.

### Chiede

Alla farmacia ospedaliera o territoriale competente di **(1)**(specificare luogo, indirizzo e ASL)

.....

.....

.....

.....

.....

ai sensi di quanto previsto dal comma 1 dell'art. 5 del D. Lgs. 219/2006 la fornitura del seguente medicinale: **MEXILETINA CLORIDRATO capsule**

**da 200 mg** nei quantitativi qui specificati (numero di confezioni da 50 capsule da 200 mg)**(2)**.....

.....da richiedere al Direttore dello

Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare, Via R. Giuliani 201, 50141

Firenze.

Il suddetto farmaco sarà utilizzato esclusivamente sotto la propria personale e diretta responsabilità per **(2)**:

terapia di sindrome miotonica come da Determinazione AIFA del 17/08/2010 (10A10670) pubblicata in G.U. serie generale n. 201 del 28/08/2010

N° di telefono del medico:.....

N° di fax del medico:.....

Luogo e data.....

Timbro e firma del medico

.....  
.....

Il farmacista dirigente ospedaliero o territoriale**(1)**

**Nome e Cognome (*scrivere in stampatello*):**

.....

**Firma del farmacista dirigente, data e timbro della farmacia ospedaliera richiedente:**

.....

.....

**Il modulo compilato vale come richiesta di preventivo.**

N° di telefono della farmacia ospedaliera o territoriale:.....

N° di fax della farmacia ospedaliera o territoriale:.....

**(1) Compilazione a cura del farmacista dirigente ospedaliero**

**(2) Compilazione a cura del medico responsabile della prescrizione**