

**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 ospedaliera/ farmacia territoriale/casa di cura \*)

**Tel:** .....

**Fax:** .....

**MEDICO RICHIEDENTE:** .....

**MEDICINALE**

NOME COMMERCIALE: .....

DENOMINAZIONE PRINCIPIO ATTIVO: .....

FORMA FARMACEUTICA: .....

DOSAGGIO: .....

CONFEZIONI DA (numero di unità per confezione) ....

NUMERO CONFEZIONI RICHIESTE: .....

POSOLOGIA PRESCRITTA (escluso per la ketamina) .....

**INDIRIZZO COMPLETO DELLA DITTA ESTERA ESPORTATRICE:** .....

**DOGANA DI INGRESSO NEL TERRITORIO ITALIANO:** .....

**DICHIARAZIONE A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE**

Il sottoscritto.....

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 n. .... pazienti già individuati, dopo aver ottenuto il consenso informato scritto dei pazienti stessi o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la patria potestà e che le generalità dei pazienti 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, per ogni singolo paziente.

**IL MEDICO**  
**(firma e timbro personale)**

**IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI FARMACIA (\*)**

(\*) Se la struttura sanitaria richiedente è una Casa di Cura priva della farmacia interna la firma deve essere del Direttore Sanitario.

**(firma e timbro personale)**