



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

Dati personali

Cognome	Nome
Numero d'assicurato	Data di nascita

Sesso: ♀ ♂	Altezza (cm)	Peso (kg)
Ufficio AI		
Diagnosi e n. OIC-DFI		
Medicamento richiesto	<input type="checkbox"/> Nell'ES, applicazione al di fuori delle informazioni specialistiche o della limitazione ES	
	<input type="checkbox"/> Omologato da Swissmedic, ma non nell'ES	
	<input type="checkbox"/> Importato (non omologato in Svizzera)	
• Posologia		
• Numero di cicli terapeutici o durata della terapia		
• In combinazione con un altro medicamento	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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)