

Prot. n. _____

Il _____

Alla Commissione Aziendale Malattie Rare

Oggetto: Istanza per la valutazione della concessione in forma gratuita di trattamenti farmacologici e non Extra LEA a paziente affetto da Malattia Rara

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di medico referente malattie rare/Direttore del DSS n. _____, ricevuta l'istanza presentata per l'assistito _____ nato a _____ il _____ affetto da malattia rara _____ cod.esenzione _____

come da Programma Terapeutico Personalizzato, considerati dal clinico ESSENZIALI e INSOSTITUIBILI per la condizione specifica del paziente come da relazione clinica e bibliografia a supporto allegate

CHIEDE

la valutazione per l'erogazione in forma gratuita del/i trattamento/i non ricompreso/i nei Livelli Essenziali di Assistenza nazionali, dei seguenti prodotti:

Si allega:

- Certificato esenzione Malattia Rara
- PTP (informatizzato in SIMaRRP, se clinico prescrittore Area Vasta)
- Dichiarazione del prescrittore che i prodotti sono ESSENZIALI E INDISPENSABILI con relazione clinica e bibliografia a supporto (presenti nell'apposita sezione del PTP se informatizzato SIMaRRP)

In fede

(Firma) _____