



Regione Calabria  
**Azienda Sanitaria Provinciale**

Via Vinicio Cortese, 25 - 88100 Catanzaro

**Alla Commissione Terapeutica Aziendale del Farmaco**

**Medico Richiedente:**

**Unità Operativa :**

**e-mail:**

**Tel:**

- Inserimento nuovo farmaco nel PTA
- Allargamento di indicazione registrata/nuova formulazione

**Farmaco richiesto**

**Indicazione e Posologia proposta**

**Motivazioni cliniche generali alla base della richiesta del farmaco**

**Dati di efficacia clinica**

Descrizione degli studi clinici a supporto della richiesta:

(indicazione, tipologia e numerosità della popolazione, end-points valutati, eventuali gruppi di controllo, risultati, disegno degli studi).

**Valutazioni relative alla sicurezza/tollerabilità**

**Trattamenti alternativi già disponibili**

**Benefici attesi** (vantaggi rispetto alle terapie di riferimento disponibili)

**Indicazione e Posologia proposta**

**Costo dei trattamenti già disponibili per paziente**

**Costo del trattamento proposto per paziente**

**Tipologia e numero dei pazienti da trattare/anno**

**Eventuale considerazione sui costi**

**Data**

\_\_\_\_\_

**Timbro e Firma  
del Medico responsabile dell'U.O.**

\_\_\_\_\_

**Bibliografia:**