**USO TERAPEUTICO DI FARMACO SPERIMENTALE**

(inserire nome del farmaco)…………………………………………………………………..

**LETTERA AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

*UNITA’ OPERATIVA COMPLESSA di*

*(inserire denominazione)……………………………………………………………*

***Data***………….……

***Versione***……

Al Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Caro Collega,

con la presente vogliamo informarLa che Il/la Signore/a **(inserire inziali nome e cognome)** …………….. da Lei assistita, affetto/a da **(inserire patologia)**…………………………………………**,** ha dato il suo consenso a partecipare ad un programma ad uso nominale che prevede il trattamento con il farmaco **(indicare il nome del farmaco)**…………………………………………...

Il programma si svolge presso l’Ospedale Fondazione Policlinico Universitario “Agostino Gemelli” - IRCCS di

Roma.

Il/la suo/a paziente è stato/a debitamente informato/a circa le finalità e le modalità del programma di uso terapeutico e ha sottoscritto un modulo di consenso informato.

**RAZIONALE DEL PROGRAMMA DI USO TERAPEUTICO**

Lo scopo di questo programma di uso terapeutico è di permettere l’accesso ad uso nominale a pazienti affetti da **(inserire patologia)** ………………………………………………………..al trattamento con **(inserire nome farmaco)**……………………………………………………….. Tale terapia è già stata sperimentata in pazienti **(inserire dati di efficacia)**…………………………………………………………………………………………………………………………………………..….

Nei prossimi mesi, ovviamente, il nostro centro offrirà alla Suo assistito/a tutta l’assistenza possibile. Tuttavia, il Suo supporto sarà di grande aiuto al/alla paziente e a noi stessi.

**RISCHI E POSSIBILI REAZIONI AVVERSE AL FARMACO**

Come tutti i medicinali, questo farmaco può causare effetti collaterali, anche se non tutti i soggetti li

manifestano.

**Inserire i rischi/effetti collaterali**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

Lo scopo di questa lettera è di informarLa di questa iniziativa e invitarLa a contattare il nostro centro nel caso volesse avere chiarimenti, o per specifici problemi relativi al/alla Sua assistito/a.

Nel ringraziarLa per l’attenzione, Le porgiamo cordiali saluti.

Istituzione:

**FONDAZIONE POLICLINICO GEMELLI IRCCS**

**(inserire Nome del medico e contatto)**

**……………………………………………………………….**

**……………………………………………………………….**