DATA…..

**Oggetto:** Dichiarazione di responsabilità per l’Uso terapeutico di farmaco sperimentale **(*indicare il farmaco*)** ……………………………………………….**.**per il/la paziente **(*inserire iniziali paziente*)**…………………….

Io sottoscritto **(*indicare nome del medico richiedente e ruolo*)**……………………………………………………………….., dichiaro di assumermi la responsabilità per l’uso terapeutico del farmaco **(*indicare nome farmaco*)** …………………………………………………………per il/la paziente **(*inserire iniziali paziente*)……..…,** nato/a il **(*inserire data nascita pz*)**……..……….., affetto/a da **(*inserire patologia per la quale si richiede l’uso terapeutico*)**…………………………………………………………………………..

Confermo che:

1. le caratteristiche cliniche del/della paziente rispondono alle caratteristiche della popolazione arruolata negli studi clinici (di fase II e/o III) presentati a supporto di questa richiesta;

2. non esistono attualmente per questo/a paziente valide alternative terapeutiche;

3. il/la paziente assumerà **(*indicare nome farmaco e posologia e modalità di somministrazione*)** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. i dati verranno raccolti nella cartella clinica del/della paziente.

Cordialmente,

**Firma**