



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA



(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R. Veneto n. 18/2009)

DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATA MEDICO-GENERALE

UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI REUMATOLOGIA - *Direttore: Prof. Maurizio Rossini*

Centro Regionale di ricerca delle artriti di recente insorgenza (Early Arthritis Clinic) (D.G.R. n. 2707 del 29 dicembre 2014)

Centro Regionale per l'osteoporosi (D.G.R. n. 2707 del 29 dicembre 2014)

Borgo Roma - P.le L. A. Scuro 10 - 37134 Verona - Tel. 045 812 4049 - Fax 045 812 6881 e-mail: reumatologia@aovr.veneto.it

ACCESSO INFORMATRICI SCIENTIFICI DEL FARMACO / DM Modulo di richiesta accesso ISF/DM e attestazione incontro

SEZIONE I: RICHIESTA ACCESSO - INVIARE IL MODULO COMPILATO NELLA SEZIONE I:

1) **AL DIRETTORE DI U.O.** (Incontro collegiale) o **AL PROFESSIONISTA** (Incontro individuale) per il prosieguo dell'iter

2) **ALLA SEGRETERIA DELLA UOC DI REUMATOLOGIA** (reumatologia@aovr.veneto.it) per registrazione e censimento richieste

Il sottoscritto informatore scientifico della Ditta
 con sede a , in via , n. , abilitato all'attività di Informazione
 Scientifica con n. tesserino regionale (ove applicabile), recapito telefonico tel , email

CHIEDE

al Direttore (o suo delegato) di poter effettuare attività di informazione scientifica rivolta alla seguente U.O.C./USD dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata di Verona :

al seguente Professionista

affidente alla U.O.C./USD

di poter effettuare attività di informazione scientifica

in merito al/ai seguenti farmaci

						☐	☐
						☐	☐
						☐	☐

N.B. I campioni gratuiti non possono essere erogati agli assistiti in dimissione da ricovero e da visita specialistica, così come già previsto dalla DGR 896/03.

in merito al seguente dispositivo/i medico/i

Nome commerciale	Categoria CND	Classe di rischio	Motivo della richiesta/note

Indicare con X se ha già incontrato un rappresentante della UOC/USD negli ultimi 12 mesi: SI NO

Data della richiesta (gg/mm/aaaa)

FIRMA del ISF/DM richiedente _____

EQUIPE MEDICA:

PROF. MAURIZIO ROSSINI (DIRETTORE) Dott. Antonio Carletto - Dott. Elena Fracassi - Dott. Angelo Fassio - Prof. Davide Gatti
 Prof. Luca Idolazzi - Dott. Giovanni Adami - Prof.ssa Ombretta Viapiana



UNITÀ OPERATIVA CON SISTEMA QUALITÀ UNI EN ISO 9001:2015

Sede Legale Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata: P.le A. Stefani, 1 - 37126 VERONA - Tel 045/812 1111

C.F. e P. Iva 03901420236 - Portale Aziendale: www.aovr.veneto.it



UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI REUMATOLOGIA - *Direttore: Prof. Maurizio Rossini*

Centro Regionale di ricerca delle artriti di recente insorgenza (Early Arthritis Clinic) (D.G.R. n. 2707 del 29 dicembre 2014)

Centro Regionale per l'osteoporosi (D.G.R. n. 2707 del 29 dicembre 2014)

Borgo Roma - P.le L. A. Scuro 10 - 37134 Verona - Tel. 045 812 4049 - Fax 045 812 6881 e-mail: reumatologia@aovr.veneto.it

ACCESSO INFORMATORI SCIENTIFICI DEL FARMACO / DM
Modulo di richiesta accesso ISF/DM e attestazione incontro

SEZIONE II: ATTESTAZIONE INCONTRO INVIARE IL MODULO COMPLETO E FIRMATO DAL DIRETTORE/RESPONSABILE ALLA SEGRETERIA DELLA UOC DI REUMATOLOGIA (reumatologia@aovr.veneto.it)

Il giorno dalle ore (hh.mm) alle ore ,

presso il locale al piano del padiglione ;

presso lo studio medico del Professionista

si è svolta l'attività di informazione scientifica durante la quale il sottoscritto ha presentato i farmaci/dispositivi indicati in SEZIONE I.

Elenco dei presenti:

N.	Nome e cognome	Qualifica	Matricola
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data

Firma dell'Informatore Scientifico

Timbro e firma del Direttore/
Responsabile U.O.C./USD o delegato

Sezione I: Richiesta accesso: ISF/DM compila Sezione I e richiede al Medico/Direttore di U.O. incontro secondo le disposizioni aziendali
Sezione II: Attestazione incontro: ISF/DM compila Sezione II e consegna al Medico per verifica, firma del Direttore/Responsabile di U.O. o Delegato e invio (entro il giorno dieci del mese successivo all'incontro) alla Segreteria della UOC di Reumatologia mail: reumatologia@aovr.veneto.it o posta interna.

EQUIPE MEDICA:

PROF. MAURIZIO ROSSINI (DIRETTORE) Dott. Antonio Carletto - Dott. Elena Fracassi - Dott. Angelo Fassio - Prof. Davide Gatti
Prof.. Luca Idolazzi - Dott. Giovanni Adami - Prof.ssa Ombretta Viapiana



UNITÀ OPERATIVA CON SISTEMA QUALITÀ UNI EN ISO 9001:2015

Sede Legale Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata: P.le A. Stefani, 1 - 37126 VERONA - Tel 045/812 1111

C.F. e P. Iva 03901420236 - Portale Aziendale: www.aovr.veneto.it