



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

Nome commerciale	Principio Attivo	Forma farmac.	Dosaggio	ATC	Motivo della richiesta/note	Prevista consegna di camp. grat.
						SI ☐ NO ☐
						SI ☐ NO ☐
						SI ☐ NO ☐

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 Orsolini - 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



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 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			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

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 Orsolini - 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