



AZIENDA OSPEDALIERA
UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA



COMMISSIONE TERAPEUTICA PER I FARMACI DI AREA VASTA DI VERONA E PROVINCIA

UFFICIO DI SEGRETERIA – Servizio di Farmacia Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

☎ 0458123476 e-mail segreteria.ctav@ospedaleuniverona.it

UNITA' OPERATIVA CON SISTEMA QUALITA' UNI EN ISO 9001:2000 Certificato n. 194114

CTAV: Richiesta inserimento di un nuovo farmaco nel Prontuario Area Vasta

Note per la compilazione: il richiedente per la compilazione della presente modulistica può avvalersi della consulenza del NAIF.

Al nucleo appropriatezza prescrizione farmaci (NAIF) ASL/AOUI _____

c/ o _____

Medico Richiedente : _____ e.mail _____ tel. _____

U.O. _____ Dipartimento _____

Principio attivo _____ Specialità _____

Dosaggi/Formulazioni richieste _____

RICHIESTA DI

**INSERIMENTO DI NUOVO FARMACO
ALLARGAMENTO INDICAZIONE REGISTRATA
NUOVA FORMULAZIONE**

Parere Commissione PTORV

Inserito in PTORV: _____

nota di classe

nota restrittiva

Non Inserito in PTORV: _____

Farmaco estero

Farmaco appartenente a categoria terapeutica per la quale il PTORV demanda la valutazione alle CTAV

INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO RICHIESTO

Precedenti richieste extra-PTO già autorizzate dal nucleo? Si No

Se si, precisare numero dei pazienti trattati: _____

Precedenti impieghi del farmaco presso l'U.O. richiedente:

sperimentazioni cliniche di fase III,

uso compassionevole con fornitura dalla ditta (uso secondo DM 8/5/2003 - uso compassionevole);

altro

Precisare numero dei pazienti trattati: _____

Alternative terapeutiche utilizzate in U.O.

Protocolli d'uso in U.O. per il trattamento della patologia? Si No

Se si allegare documentazione.

Vantaggi per il paziente in termini di efficacia e sicurezza /praticità d'uso /compliance/ altro rispetto alle alternative in prontuario (allegare eventuale documentazione a supporto):

This image shows a full page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Il farmaco si va a:

sostituire alle alternative

affiancare alle alternative.

In caso di affiancamento specificare in quali tipologie di pazienti verrebbe utilizzato e in quale % rispetto al totale di pazienti trattati per la medesima patologia

pazienti intolleranti n _____ e _____ % sul totale

pazienti non responder ad altri trattamenti n _____ e _____ % sul totale

altro(specificare) n _____ e _____ % sul totale

N. pazienti totali per anno che si ipotizza di trattare con il nuovo farmaco _____

ASPETTI ORGANIZZATIVI

Regime di utilizzo del farmaco:

ricovero ordinario day hospital day surgery ambulatorio day service

L'introduzione del principio attivo implica interazioni con attività di altri dipartimenti o UUOO dell'ospedale/territorio (es. farmaco che necessita della positività di uno specifico test per la prescrizione/altri device, apparecchi elettromedicali)?

Si No

Se sì, quali _____

E' necessario acquistare /dotarsi di DM specifici per somministrare il farmaco richiesto? Si No

Se sì, quantificare la numerosità e la spesa:

Nel caso per somministrare il farmaco siano necessarie apparecchiature e/o attrezzature, è stata inoltrata specifica richiesta agli Uffici Competenti secondo procedura aziendale Si No

Allegati:

Scheda HTA regionale e parere Commissione PTORV (obbligatorio in caso di farmaci valutati da PTORV);

Protocolli in uso nell'U.O.;

Bibliografia a supporto della richiesta;

Altra documentazione a supporto della richiesta, specificare

Luogo e data

Luogo e data

Il medico richiedente

TIMBRO

Il Direttore U.O.

TIMBRO

PARTE RISERVATA ALLA VALUTAZIONE DEL NAIF:

ASPETTI ECONOMICI

Effetti dell'introduzione del farmaco: il farmaco comporta un incremento di spesa rispetto alle alternative terapeutiche? Si No

Costo aziendale delle alternative terapeutiche:

<i>principio attivo</i>	<i>specialità</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Spesa trattamento</i>

Farmaci con prevalente impatto ospedaliero:

ANALISI SPESA PER U.O.	€
Stima spesa annuale farmaco	
Totale spesa alternative (anno precedente)	
Eventuale riduzione della spesa complessiva per il trattamento della patologia	
Budget assegnato all'U.O. per anno in corso	
% spesa farmaco su budget assegnato	

Impatto dell'introduzione del farmaco sulla spesa farmaceutica di altre UU.OO. interessate:

UU.OO.	Stima spesa annuale farmaco	Spesa alternative (anno precedente)	Budget (anno in corso)	% spesa farmaco su budget o categoria terapeutica di riferimento (se non assegnato)

Farmaci con prevalente impatto territoriale:

Spesa dell'U.O. anno precedente per la categoria terapeutica di riferimento (4° livello ATC):

€ _____

Spesa ospedaliera complessiva della categoria terapeutica di riferimento (2° e 3°/4° livello ATC):

ATC 2° _____ € _____

ATC 3°/4° _____ € _____

Spesa territoriale (convenzionata/DD/DPC) della categoria terapeutica di riferimento (2° e 3°/4° livello ATC):

ATC 2° _____ € _____

ATC 3°/4° _____ € _____

Modalità di erogazione ipotizzata per il farmaco: specificare se e con che modalità il farmaco si inerisce nei percorsi distributivi territoriali (RSA/CASE DI RIPOSO – ADIMED – DD/DPC/CONVENZIONATA-FILE F)

Parere sulla compatibilità dell'introduzione del farmaco con il budget assegnato:

Parere sull'impatto dell'introduzione del farmaco sulla spesa territoriale (se previsto):

Effetto dell'introduzione sulla spesa non farmaceutica:

Indicare se l'introduzione del farmaco può comportare un aumento o una riduzione della spesa non farmaceutica.

Allegato 2 regolamento: Versione definitiva approvata nella riunione CTAV 08.07.2010