

MODELLO DI RICHIESTA DI PERMESSO DI IMPORTAZIONE DI CANNABIS AD USO MEDICO

(D.M. 11/02/1997 e successive modificazioni ed integrazioni)

COMPILARE TUTTI I CAMPI E INVIARE AL

Ministero della Salute
Direzione Generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico
Ufficio Centrale Stupefacenti
Via Giorgio Ribotta 5 - 00144 Roma **FAX 06 59943226**
PEC: dqfdm@postacert.sanita.it

INDIRIZZO COMPLETO DELLA

STRUTTURA SANITARIA RICHIEDENTE:

(Farmacia ospedaliera/ Servizio Farmaceutico territoriale)

Indirizzo **DI POSTA ELETTRONICA ORDINARIA (PEO)** a cui inviare il permesso rilasciato da precursori@sanita.it

FARMACISTA REFERENTE PER LA RICHIESTA: Dott.....

Tel: **e-mail**

Fax: **PEC**

DENOMINAZIONE E INDIRIZZO COMPLETO DELLA DITTA ESTERA ESPORTATRICE:

Bureau voor Medicinale Cannabis_post bus 16114 NL 2500 BC
Den Haag-c/o Ministero della Salute olandese
Hoftoren – Rijnstraat 50 – 2515 XP Den Haag. OLANDA

DOGANA DI INGRESSO NEL TERRITORIO ITALIANO:

MEDICO RICHIEDENTE: Dott.....

INFORMAZIONI SUL MEDICINALE

- **NOME COMMERCIALE:**
- **DENOMINAZIONE PRINCIPIO ATTIVO:**
- **FORMA FARMACEUTICA:**
- **DOSAGGIO:**
- **CONFEZIONI DA (numero di unità per confezione)**
- **NUMERO CONFEZIONI RICHIESTE:**
- **POSOLOGIA PRESCRITTA**

DICHIARAZIONE A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE

Il sottoscritto.....

Dichiara che il medicinale:

- è posto regolarmente in vendita nel paese di provenienza;
- non è sostituibile con altri medicinali registrati in Italia e non sono disponibili al momento alternative terapeutiche, **IN PARTICOLARE NON E' SOSTITUIBILE CON CANNABIS FM-2 E CON CANNABIS FM-1 PRODOTTI DALLO STABILIMENTO CHIMICO FARMACEUTICO MILITARE DI FIRENZE;**
- verrà impiegato sotto la sua diretta responsabilità, per n. pazienti già individuati, dopo aver ottenuto il consenso informato scritto dei pazienti stessi o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la patria potestà e che le generalità dei pazienti e i documenti relativi al consenso informato saranno in possesso dello scrivente medico curante;
- il quantitativo richiesto è necessario per una cura non superiore a 90 giorni, per ogni singolo paziente.

IL MEDICO
(firma e timbro personale)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI FARMACIA
(firma e timbro personale)