

**MODELLO DI RICHIESTA DI PERMESSO DI IMPORTAZIONE DI MEDICINALI STUPEFACENTI  
NON REGISTRATI IN ITALIA AD ESCLUSIONE 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](mailto: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 da [precursori@sanita.it](mailto:precursori@sanita.it)

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

**Tel:** ..... **e-mail** .....

**Fax:** ..... **PEC** .....

**DENOMINAZIONE E INDIRIZZO COMPLETO DELLA DITTA ESTERA ESPORTATRICE:**

**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 (*escluso per la ketamina*) .....

**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;
- 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)**

(\*) per la cannabis ad uso medico utilizzare il modello di richiesta specifico disponibile sul portale web