

**Richiesta inserimento farmaci nel PT CDI**

**Al Direttore del Distretto di \_\_\_\_\_**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale/ Specialista/ Ospedaliero (barrare le voci che non interessano)

FARMACO \_\_\_\_\_

Dosaggio \_\_\_\_\_ Forma Farmaceutica: \_\_\_\_\_

Via di somministrazione \_\_\_\_\_ Consumo mensile presunto \_\_\_\_\_

N° di pazienti da trattare \_\_\_\_\_

Patologie e motivazioni cliniche per cui si ritiene indispensabile e non sostituibile il farmaco con un equivalente previsto dal PT CDI (compilare in stampatello):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Documentazione da allegare: letteratura e riferimenti bibliografici

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Il MMG Prescrittore**

\_\_\_\_\_