|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Modulo di ordinazione di idrossiclorochina  | Numero: F0\_001Versione: 01Valido dal 07.04.2020Pagina 1 di 1 |
| Ordinazione di Plaquenil® (o generici) |

**Osservazione preliminare:** poiché la situazione relativa all'approvvigionamento di Plaquenil® e generici per pazienti con indicazioni previste dall'omologazione (informazione professionale) è in parte problematica, La preghiamo di tenere presente quanto segue:

* I medici liberi professionisti dovrebbero limitare la prescrizione di preparati contenenti idrossiclorochina a pazienti affetti da una malattia cronica i quali ne hanno bisogno secondo le indicazioni riconosciute da Swissmedic (lupus eritematoso, artrite reumatoide, ecc.).
* Le farmacie e gli studi medici si impegnano a consegnare il medicamento soltanto a pazienti che fanno capo alla loro farmacia e che soffrono delle malattie croniche note indicate sopra (nel rispetto delle direttive cantonali concernenti la dispensazione diretta).
* I grossisti e i fabbricanti riforniscono i propri clienti (farmacie pubbliche, studi medici) soltanto a seguito di un'ordinazione effettuata mediante il presente modulo.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Da inviare al grossista in forma elettronica (scansione) o via fax**

Verranno prese in considerazione unicamente le ordinazioni effettuate mediante il presente modulo (fatta salva la disponibilità).

Data:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numero cliente interno(numero della cartella del paziente)  | Numero di confezioni da ordinare | Osservazioni |
|  |  |  |

Timbro della farmacia / del medico:

Con la mia firma attesto che le confezioni ordinate saranno impiegate esclusivamente per il trattamento di pazienti affetti da malattie croniche (lupus eritematoso, artrite reumatoide, ecc.) secondo le indicazioni previste dall'omologazione.

Cognome, nome del/della farmacista / del medico:

Firma: …………………………………………………………………………………………………………