

ACCESSO INFORMATORI SCIENTIFICI DEL FARMACO / DM

**ALLEGATO 5 - Modulo di
richiesta accesso ISF**

Alla segreteria del Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Via Gramsci 14, Parma
email: registroisf@ao.pr.it

Il sottoscritto _____ informatore scientifico della Ditta _____ con sede a _____, in via _____, n. _____, abilitato all'attività di Informazione Scientifica ai sensi della DGR 2309/2016 con n. tesserino regionale n. _____, recapito telefonico tel _____, email _____,

CHIEDE

☐ di poter effettuare attività di informazione scientifica rivolta alla/alle seguente/i UU.OO./S.S.D. dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma:

1. _____
2. _____
3. _____

☐ di poter effettuare attività di informazione scientifica rivolta al seguente Professionista

_____ afferente alla
UU.OO./S.S.D. _____
dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

☐ in merito al/ai seguenti farmaci

Nome commerciale	Principio Attivo	Forma farmac.	Dosaggio	ATC	Motivo della richiesta/note	Prevista consegna di camp. grat.
_____	_____	_____	_____	_____	_____	Sì ☐ No ☐
_____	_____	_____	_____	_____	_____	Sì ☐ No ☐
_____	_____	_____	_____	_____	_____	Sì ☐ No ☐

☐ in merito al/ai seguenti dispositivi medici

Nome commerciale	Categoria CND	Classe di rischio	Motivo della richiesta/note
_____	_____	_____	_____

Spazio riservato alla valutazione della richiesta da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	Data ____/____/____ FIRMA del ISF richiedente
Autorizzazione n. _____ ☐ Richiesta autorizzata dal Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco e trasmessa al/ai Direttore/i del/i Dipartimento/i _____ ☐ Richiesta non autorizzata Data ____/____/____ Firma _____	
Incontro fissato per il giorno ____/____/____ alle ore ____:____ nel locale _____ padiglione _____ piano _____ Data ____/____/____ Firma del Direttore di Dipartimento (per incontri collegiali) _____ Firma del Dir./Resp. di U.O./delegato (per incontro singolo) _____	

Si specifica che il Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco non può rilasciare agli ISF informazioni in merito allo stato di processazione della richiesta. In caso di autorizzazione il modulo, **compilato e firmato** dal Direttore di Dipartimento e dal Direttore/Responsabile di U.O./S.S.D., **deve essere restituito al Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco unitamente al verbale dell'incontro (Allegato 6)** entro 10 giorni lavorativi