

Prot. 234/2020



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ASST Mantova

**RELAZIONE CONCLUSIVA**

**AFFIDAMENTO DIRETTO di importo da 0 a 40.000 euro  
ai sensi dell'art. 63, comma 2, lett. b), D. Lgs. 50/2016**

**OGGETTO:** Fornitura farmaco MEXILETINA CLORIDRATO 50 CPS 50 MG

**STRUTTURA RICHIEDENTE:** *Struttura Complessa Farmacia Aziendale*

**DESTINAZIONE:** *Struttura Complessa Farmacia Aziendale*

**DURATA:** Fornitura 12 mesi

**IMPORTO AFFIDAMENTO:** *Euro 1.120,00 + IVA 10%*

**NOME DEL FORNITORE:** *STABILIMENTO CHIMICO FARMACEUTICO MILITARE*

**CIG - CODICE IDENTIFICATIVO DI GARA:** Z9D3031FBC

**NUMERO OFFERTE PERVENUTE:** 1

**VALUTAZIONE:** La ditta *STABILIMENTO CHIMICO FARMACEUTICO MILITARE* ha offerto prodotto idoneo a quanto richiesto.

**CONVENZIONI ATTIVE ARCA:** *NO*

**RESPONSABILE UNICO PROCEDIMENTO:** *Dr. Cesarino Panarelli*

**RESPONSABILE DELLA PROCEDURA:** *Dr. Pier Luigi Baschieri*

**REFERENTE AMMINISTRATIVO PRATICA:** *Antonella Longatti*

**DIRETTORE ESECUZIONE DEL CONTRATTO:** *D.ssa Maria Eurgenia Borghesi*

**PROTOCOLLO:**

**IL RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO  
Dott. Cesarino Panarelli**

Mantova, 15/01/2021

SCHEDA OFFERTA ECONOMICA

DITTA STABILIMENTO CHIMICO FARMACEUTICO MILITARE

DIG Z9D3031FBC

CODICE PRODOTTO	DESCRIZIONE PRODOTTO	UNITA' DI MISURA	QUANTITA' PRESUNTA	AIC - CODICRE A BARRE	Prezzo unitario offerto s/iva	COL. 6	Prezzo al pubblico s/iva unitario al momento dell'offerta	% di sconto rispetto al prezzo al pubblico s/iva unitario al momento dell'offerta	% di sconto ex-factory	COL. 9	COL. 10	Confezionamento	Valore complessivo riferito al prezzo unitario offerto s/iva	COL. 11	IVA	COL. 12
135106	MEXILETINA CLORIDR*50CPS 50MG	CPS	1000	704511334	1,12						50 CPS		1.120,00		10%	

Firma digitale del legale rappresentante (o del procuratore).

Data \_\_\_\_\_



AUTORITÀ  
NAZIONALE  
ANTICORRU.

## Logo AVCP

- [Accessibilità](#) |
- [Contatti](#) |
- [Mappa del sito](#) |
- [Dove Siamo](#) |
- [English](#) |
- [Privacy](#) |
  
- [Autorità](#)
- [Servizi](#)
- [Attività dell'Autorità](#)
- [Comunicazione](#)

[Home](#) [Servizi](#) [Servizi ad Accesso riservato](#) [Smart CIG](#) [Lista comunicazioni dati](#) [Dettaglio CIG](#)

**Utente:** Cesarino Panarelli

**Profilo:** RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO EX ART. 10 D.LGS. 163/2006

**Denominazione Amministrazione:** AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DI MANTOVA - STRUTTURA COMPLESSA FUNZIONE ACQUISTI

### Cambia profilo - Logout

- [Home](#)
- [Gestione smart CIG](#)
  - [Richiedi](#)
  - [Visualizza lista](#)
- [Gestione CARNET di smart CIG](#)
  - [Rendiconta](#)
  - [Visualizza lista](#)

## Smart CIG: Dettaglio dati CIG

### Dettagli della comunicazione

CIG	<b>Z9D3031FBC</b>
Stato	CIG COMUNICATO
Fattispecie contrattuale	CONTRATTI DI IMPORTO INFERIORE A € 40.000
Importo	€ 1.120,00
Oggetto	

Procedura di scelta contraente	FORNITURA FARMACO MEXILETINA CLORIDRATO 50MG DITTA STAB. CHIMICO FARMACEUTICO MIL. PROCEDURA NEGOZIATA SENZA PREVIA PUBBLICAZIONE
Oggetto principale del contratto	FORNITURE
CIG accordo quadro	-
CUP	-
Disposizioni in materia di centralizzazione della spesa pubblica (art. 9 comma 3 D.L. 66/2014)	Farmaci
Motivo richiesta CIG	Contratto non attivo presso il soggetto aggregatore (di cui all'art. 9, commi 1 e 2 del DL 66/2014) di riferimento o Consip e mancanza di accordi di collaborazione tra questi al momento della richiesta del rilascio del CIG



COM01OE/10.119.142.122

© Autorità Nazionale Anticorruzione - Tutti i diritti riservati

via M. Minghetti, 10 - 00187 Roma - c.f. 97584460584

Contact Center: 800896936

**Struttura Complessa****Farmacia Ospedaliera e Territoriale**

Direttore Dott.ssa Maria Eugenia Borghesi

farmacia.mantova@asst-mantova.it

telefono 0376/201432 – fax 0376/201504

Strada Lago Paiolo 10, Mantova (MN)

**DICHIARAZIONE DI ESCLUSIVITA' ED INFUNGIBILITA' PER L'ACQUISIZIONE DI:****MEXILETINA CLORIDRATO** capsule da 50mg – Istituto Chimico Farmaceutico Militare  
Fabbisogno presunto annuale : 1000 capsule (20 confezioni)

Il prodotto sopra indicato è indispensabile alle esigenze delle farmacia territoriale per garantire la terapia di una giovane paziente (Z.A.GI.) recentemente presa in carico per competenza territoriale , affetta da Distrofia miotonica di Steinert, malattia rara per cui il prodotto ha indicazione elettiva ed è stato prescritto dal Centro di Riferimento di Milano da cui la ragazza è seguita.

Allo stato attuale e per quanto di conoscenza di questa Struttura, il farmaco non è presente in alcun lotto aggiudicato di gara regionale, e non sono disponibili sul mercato altri prodotti con caratteristiche equivalenti ed idonei a soddisfare le necessità terapeutiche per la soddisfazione del fabbisogno segnalato.

DATA

Mantova

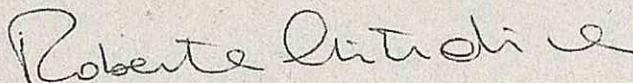
14/01/2021

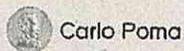
TIMBRO E FIRMA

dott.ssa ROBERTA CHITTOLINA

CHTRRT71R67B110S

ASST Mantova





Sistema Socio Sanitario  
 Regione Lombardia  
 ASST Mantova

MODULO DI CODIFICA  
 NUOVO PRODOTTO DI FARMACIA

cod MOD3PrSFARM09  
 data 30/11/2018  
 rev. 9

CODICE PRODOTTO	135106	
DESCRIZIONE PRODOTTO	MEXILETINA CLORIDR 50CPS 50MG	
TIPO PRODOTTO (F-FG-G-S-VA-OSS)	F	
CLASSE	02.05.0001	
CONTO ECONOMICO	80103516	
UNITA' MISURA	CAPSULE	
ALIQUOTA IVA	10	
ATC/GMP	C01BB02	
CODICE A BARRE (AIC/EAN)	704511334	
PRONTUARIO	no	
PRINCIPIO ATTIVO	mexiletine cloridrato	
FARMACO BREVETTO SCADUTO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
TIPO MEDICINALE (vd legenda)	2	
VIA DI SOMMINISTRAZIONE (vd legenda)	C	
TEMPERATURA CONSERVAZIONE	non sopra i + 30°C	
DITTA FORNITRICE	STABILIMENTO CHIMICO FARMACEUTICO MILITARE	
FARMACO ESCLUSIVO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DITTE ALTERNATIVE	/	
FABBISOGNO ANNUALE	1000 capsule	
PEZZI PER CONFEZIONE	50	
STUPEFACENTE	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
SOSTITUISCE PRODOTTO	NO (EX COD.) di nuova introduzione	

14/01/2021

LEGENDA

IL FARMACISTA

Roberto Quintidine

TIPO MEDICINALE

VIE DI SOMMINISTRAZIONE

0 - ALTRO

B - INIETT ENDOVENA

I - SUPPOSTE/CLISMA

1 - CONFEZIONE CON AIC

C - ORALE SOLIDO

L - SIST TRASDERMICI

2 - FORMULE OFFICINALI E MAGISTRALE

D - ORALE DA SCIOLIERE

M - AEROSOL

3 - FARMACO ESTERO

E - ORALE SOLUZIONE

N - GAS

F - USO ESTERNO

O - SOTTOCUTE

G - OFTALMICO (liquido)

P - INIETTABILE IM

H - OFTALMICO (solido)

Q - INIETTABILE IM/EV

## mexiletina 50mg - nuova introduzione

Roberta Chittolina <roberta.chittolina@asst-mantova.it>

gio 14/01/2021 18:15

A: Antonella Longatti <antonella.longatti@asst-mantova.it>

Cc: Eugenia Borghesi <eugenia.borghesi@asst-mantova.it>

 3 allegati (2 MB)

codifica MEXILETINA 50mg.pdf; Infungibilità MEXILETINA 50mg.pdf; mexiletina 50mg 14.01.21.pdf;

ciao Antonella,

allego modulo di codifica e infungibilità per la acquisizione della formulazione di Mexiletina da 50mg, sempre prodotta dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare, per una ragazzina arrivata oggi.

Fatemi sapere quando posso inserire il preordine, che dovrei inserire urgente perché la ragazza non ha molta terapia e i tempi di consegna sono sempre lunghetti. Ho già pronto anche il modulo cartaceo da allegare al preordine.

Grazie, buona serata,

*Roberta Chittolina*

*ASST Mantova*

*S.C. Farmacia Ospedaliera e Territoriale*

*tel. breve 2832 - cell. 3485238232*

## Modulo per la richiesta di Mexiletina cloridrato allo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare

(Il presente modulo deve essere compilato dal medico prescrittore e dal farmacista. La spedizione allo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare deve essere effettuata esclusivamente dalla farmacia ospedaliera di competenza)

Al Direttore dello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare  
Via R. Giuliani 201 - 50141 Firenze

e-mail: [produzione.oralifarmaceuticomilitare.it](mailto:produzione.oralifarmaceuticomilitare.it), oppure al Fax 055 451866

### Oggetto: Richiesta medicinali ai sensi dell'art. 5 D.Lgs 219/2006

In riferimento alla impossibilità di reperire il medicinale **Mexiletina cloridrato**,  
il sottoscritto Dr (2) FAMOLI ALICE

in qualità di NEUROLOGO

della struttura (indicare nome della struttura, ASL e località) (2)

CENTRO CLINICO MENO MILANO - FONDA IRENA ONUS  
DELLA GUARDIA CA' GRANDA - P.ZA OSPEDALE  
MAGGIORIS 3 - MILANO

per il paziente (indicare solo le iniziali) (2) GZ

che ha certificato quanto previsto dall'art.5 del D.L.23/98, così come convertito da  
L. 8 aprile 1998, n. 94.

### Chiede

alla farmacia di (1) (specificare nome, luogo, indirizzo)

ASST MANTOVA - FARMACIA OSPEDALIERA -  
VIALE POMPILO 30 (Cancello 7)  
46100 MANTOVA

ai sensi di quanto previsto dal comma 1 dell'art. 5 del D. Lgs. 219/2006 la  
fornitura del seguente medicinale: **MEXILETINA CLORIDRATO capsule da 50**  
**mg** nei quantitativi qui specificati (numero di confezioni da 50 capsule da 50  
mg) (2) 10 SCATOLE da richiedere al Direttore dello Stabilimento Chimico  
Farmaceutico Militare, Via R. Giuliani 201, 50141 Firenze.

Il suddetto farmaco sarà utilizzato esclusivamente sotto la propria e diretta responsabilità per (2):

terapia di sindrome miotonica come da Determinazione AIFA del 17/08/2010 (10A10670) pubblicata in G.U. serie generale n. 201 del 28/08/2010

per il trattamento di aritmie cardiache come da Determinazione AIFA 14 marzo 2014, n. 264/2014 pubblicata in G.U. n. 76 del 1/04/2014 (specificare):

altro (specificare):

N° di telefono del medico: 029143371

N° di fax del medico: 02914337200

Luogo: Mantova data: 24/12/2014

Timbro e Firma del medico

Dot.ssa Alice ZANOLINI  
Specialista in Neurologia  
CF ZNLLCA82D60E648D  
Centro Clinico NEMO  
Fondazione Seregha Onlus

Il farmacista (1)

Nome e Cognome (scrivere in stampatello):

ROBERTA CHITTOLINA

Firma del farmacista

N° di telefono della farmacia: 0376201432

N° di fax della farmacia: /

Indirizzo di posta elettronica della farmacia (obbligatorio): farmacia.mantova@asst-mantova.it

(1) Compilazione a cura del farmacista

(2) Compilazione a cura del medico responsabile della prescrizione

## Informazioni per l'acquisto di Mexiletina Cloridrato 50 mg capsule rigide

La fornitura del farmaco è subordinata all'invio contemporaneo al seguente indirizzo e-mail: [produzione.oral@farmaceuticomilitare.it](mailto:produzione.oral@farmaceuticomilitare.it), oppure, in alternativa, al n. FAX 055 451866, dei documenti riportati di seguito:

- 1) **Richiesta del medico ai sensi dell'art. 5 del D.L.vo n. 219 del 24/04/2006 redatta sul modulo riportato di seguito.**
- 2) **Ordine di acquisto del farmaco da parte dell'Ente richiedente. Tale ordine deve obbligatoriamente contenere l'indirizzo di posta elettronica della struttura richiedente, a cui sarà inviata la fattura ed eventuali comunicazioni.**

**NOTA BENE : ordini d'acquisto senza indirizzo e-mail dell' Ente/Ufficio ordinante non verranno evasi.**

**ATTENZIONE:**

- La quantità del farmaco richiesto con l'Ordine d'Acquisto deve corrispondere esattamente alla richiesta del medico.
- La documentazione inviata deve essere chiara e leggibile. Le richieste incomplete o illeggibili non saranno evase.
- Deve contenere l'indirizzo e-mail della struttura richiedente.
- L'Ordine d'Acquisto deve riportare i dati necessari alla fatturazione elettronica (Cod. CIG e Cod. UNIVOCO), come previsto dalla normativa vigente.
- La scadenza ridotta non indica una differenza di qualità con il prodotto Mexitil®, ma è dovuta alla necessità di condurre prove di stabilità sulla formulazione, tuttora in corso, ai sensi delle normative vigenti. Le forniture successive potranno pertanto avere validità più estesa.
- Il Prodotto attualmente disponibile ha **Scadenza Settembre 2022**

**Costo del flacone da 50 cps : € 56,00 + IVA 10% = € 61,60 compresa IVA e spese di spedizione.**

Tempo stimato per l'allestimento della fornitura in oggetto: 30 gg a decorrere dalla data di ricezione dell'ordine completo della documentazione prevista.

**Consegne Urgenti con garanzia di domiciliazione:** hanno un costo di € 0,80/km, con minimo imponibile di € 100,00. Le destinazioni devono essere comunicate con un preavviso di 72 h e il richiedente deve accettare espressamente la maggiorazione. La suddetta modalità consente la spedizione del farmaco anche durante i periodi di chiusura del trasportatore (feste comandate e settimana centrale d'Agosto).

Riferimenti amministrativi per l'ordine d'acquisto:

AGENZIA INDUSTRIE DIFESA - STABILIMENTO CHIMICO FARMACEUTICO MILITARE

Via Reginaldo Giuliani 201 - 50141 Firenze

Partita IVA: 07281771001 C.F. 97254170588

Il pagamento dovrà avvenire tramite bonifico sul conto corrente aperto presso la BANCA D'ITALIA-Tesoreria Centrale intestato a Agenzia Industrie Difesa - Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare.

**IBAN IT2010100003245350200025011** entro 30 gg. dalla emissione della fattura.

## **GUIDA ALL'USO DEI MODULI PER L'ACQUISTO DI MEXILETINA CLORIDRATO CAPSULE**

### **Modulo M 1**

Lo compila il medico per chiedere alla farmacia ospedaliera o territoriale l'approvvigionamento del farmaco. Da utilizzare solo nei casi in cui sia espressamente richiesto.

**Non deve essere inviato allo SCFM.**

### **Modulo M 2**

Lo compila il medico nel caso di approvvigionamento tramite **farmacia territoriale.**  
Deve essere inviato allo SCFM unitamente all'ordine di acquisto.

### **Modulo H**

Lo compila il medico nel caso di approvvigionamento tramite **farmacia ospedaliera.**  
Deve essere inviato allo SCFM unitamente all'ordine di acquisto.

### **Modulo per la richiesta del farmaco a carico del paziente**

Lo compila il medico nel caso che il pagamento sia a carico del paziente. Dovranno essere riportati i dati per la fatturazione e i riferimenti dell'eventuale struttura sanitaria di appoggio a cui inviare il medicinale (farmacia territoriale o farmacia ospedaliera). In assenza di tali riferimenti il medicinale sarà spedito al medico richiedente.

## Modulo per la farmacia ospedaliera o territoriale

(la compilazione deve essere effettuata dallo specialista responsabile del trattamento del paziente. Il modulo deve essere trattenuto dalla farmacia ospedaliera)

**Non deve essere inviato allo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare.**

**Alla cortese attenzione  
della farmacia ospedaliera o territoriale di competenza**

**Oggetto: Richiesta medicinali ai sensi dell'art. 5 D.Lgs 219/2006**

In riferimento alla impossibilità di reperire il medicinale **Mexiletina cloridrato**, il sottoscritto  
Prof/Dr.....  
specialista in .....  
della struttura <sup>1</sup>.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### CHIEDE

alla farmacia ospedaliera o territoriale di competenza ai sensi di quanto previsto dal comma 1 dell'art. 5 del D. Lgs. 219/2006 la fornitura del seguente medicinale: **MEXILETINA CLORIDRATO capsule da 50 mg** nei quantitativi qui specificati (numero di confezioni da 50 capsule da 50 mg)..... da richiedere al Direttore dello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare, Via R. Giuliani 201, 50141 Firenze

Il suddetto farmaco sarà utilizzato per il paziente

Nome:

Cognome:

Nato a:

il:

Indirizzo:

Città:

Recapito telefonico:

ASL di residenza del paziente:

del cui trattamento il sottoscritto ha diretta e personale responsabilità.

<sup>1</sup> indicare il nome della struttura sanitaria, l'indirizzo, la città, la ASL di appartenenza

Il farmaco è utilizzato:

per il trattamento di sindrome miotonica come da Determinazione AIFA del 17/08/2010 (10A10670) pubblicata in G.U. serie generale n. 201 del 28/08/2010 (indicare diagnosi e codice di esenzione DM 279/01)

.....  
.....  
.....  
.....

per il trattamento di aritmie cardiache come da Determinazione AIFA 14 marzo 2014, n. 264/2014 pubblicata in G.U. n. 76 del 1/04/2014 (specificare) :

.....  
.....  
.....  
.....

altro (specificare)

.....  
.....

**Il sottoscritto dichiara inoltre di avere acquisito il consenso informato del paziente**

Luogo..... Data.....

Timbro e firma del medico

N° di telefono del medico richiedente: .....  
N° di cellulare del medico richiedente (facoltativo): .....  
N° di fax del medico richiedente: .....  
e-mail del medico richiedente (facoltativo): .....

## Modulo per la richiesta di Mexiletina cloridrato allo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare

(Il presente modulo deve essere compilato dal medico prescrittore e dal farmacista. La spedizione allo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare deve essere effettuata esclusivamente dalla farmacia ospedaliera di competenza)

Al Direttore dello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare

Via R. Giuliani 201 - 50141 Firenze

e-mail: [produzione.orali@farmaceuticomilitare.it](mailto:produzione.orali@farmaceuticomilitare.it) , oppure al Fax 055 451866

### Oggetto: Richiesta medicinali ai sensi dell'art. 5 D.Lgs 219/2006

In riferimento alla impossibilità di reperire il medicinale **Mexiletina cloridrato**,  
il sottoscritto Dr **(2)**.....

in qualità di.....  
della struttura (indicare nome della struttura, ASL e località) **(2)**

.....  
per il paziente (indicare **solo** le iniziali)**(2)**.....  
che ha certificato quanto previsto dall'art.5 del D.L.23/98, così come convertito da  
L. 8 aprile 1998, n. 94.

### Chiede

alla farmacia di **(1)** (specificare nome, luogo, indirizzo)

.....  
.....  
.....  
ai sensi di quanto previsto dal comma 1 dell'art. 5 del D. Lgs. 219/2006 la  
fornitura del seguente medicinale: **MEXILETINA CLORIDRATO capsule da 50  
mg** nei quantitativi qui specificati (numero di confezioni da 50 capsule da 50  
mg)**(2)**..... da richiedere al Direttore dello Stabilimento Chimico  
Farmaceutico Militare, Via R. Giuliani 201, 50141 Firenze.

Il suddetto farmaco sarà utilizzato esclusivamente sotto la propria e diretta responsabilità per **(2)**:

terapia di sindrome miotonica come da Determinazione AIFA del 17/08/2010 (10A10670) pubblicata in G.U. serie generale n. 201 del 28/08/2010

per il trattamento di aritmie cardiache come da Determinazione AIFA 14 marzo 2014, n. 264/2014 pubblicata in G.U. n. 76 del 1/04/2014 (specificare) :

.....

.....

altro (specificare):

.....

.....

N° di telefono del medico:.....

N° di fax del medico:.....

Luogo..... data.....

Timbro e Firma del medico

.....

Il farmacista <sup>(1)</sup>

**Nome e Cognome (scrivere in stampatello):**

.....

**Firma del farmacista**

.....

N° di telefono della farmacia: .....

N° di fax della farmacia: .....

Indirizzo di posta elettronica della farmacia

(obbligatorio):.....@.....

(1) Compilazione a cura del farmacista

(2) Compilazione a cura del medico responsabile della prescrizione

## Modulo per la farmacia ospedaliera per richiesta di mexiletina cloridrato ad esclusivo uso intraospedaliero

(La compilazione del modulo deve essere effettuata dal Direttore/Primario del Reparto e deve riportare timbro e firma del Direttore/Primario del Reparto e del farmacista dirigente della farmacia ospedaliera).

Il presente modulo deve essere nella disponibilità della farmacia ospedaliera che lo potrà rendere disponibile ai direttori/primari di reparto che ne facciano richiesta.

L'invio del modulo al Direttore dello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare può essere effettuato esclusivamente dalla farmacia ospedaliera.

Al Direttore dello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare

Via R. Giuliani 201 - 50141 Firenze

e-mail: [produzione.orali@farmaceuticomilitare.it](mailto:produzione.orali@farmaceuticomilitare.it) oppure al Fax 055 451866

**Oggetto: Richiesta medicinali ai sensi dell'art. 5 D.Lgs 219/2006**

In riferimento alla impossibilità di reperire il medicinale **Mexiletina cloridrato**,

il sottoscritto Prof/Dr:.....

specialista in :.....

in qualità di Direttore/Primario del reparto di:.....

.....

.....

della struttura (indicare nome della struttura, ASL e località):

.....

.....

.....

.....

.....

### CHIEDE

alla farmacia ospedaliera di competenza ai sensi di quanto previsto dal comma 1 dell'art. 5 del D. Lgs. 219/2006 la fornitura del seguente medicinale: **MEXILETINA CLORIDRATO capsule da 50 mg** nei quantitativi qui specificati (numero di confezioni da 50 capsule da 50 mg)..... da richiedere al Direttore dello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare, Via R. Giuliani 201, 50141 Firenze

Il suddetto farmaco sarà utilizzato esclusivamente sotto la propria e diretta responsabilità sui pazienti ricoverati nel proprio reparto.

Data.....

Timbro e firma del direttore/primario:

Il farmacista dirigente della farmacia ospedaliera  
**Nome e Cognome (scrivere in stampatello):**

.....

**Data:** .....

**Firma:** .....

**Timbro:**

N° di telefono della farmacia: .....

N° di fax della farmacia: .....

Indirizzo di posta elettronica della farmacia (obbligatorio):

.....@.....

**Modulo per la richiesta di Mexiletina cloridrato allo  
Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare  
con pagamento a carico del paziente**

Il presente modulo deve essere compilato dal medico prescrittore

Al Direttore dello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare  
Via R. Giuliani 201 - 50141 Firenze  
e-mail: [produzione.oralis@farmaceuticomilitare.it](mailto:produzione.oralis@farmaceuticomilitare.it) oppure al Fax 055 451866

**Oggetto: Richiesta medicinali ai sensi dell'art. 5 D.Lgs 219/2006**

In riferimento alla impossibilità di reperire il medicinale **Mexiletina cloridrato**, il sottoscritto Dott. ....

in qualità di .....  
della struttura (indicare nome della struttura, ASL e località)

che ha certificato quanto previsto dall'art.5 del D.L.23/98, così come convertito da L. 8 aprile 1998, n. 94.

**Chiede**

per il paziente (indicare solo le iniziali):.....

ai sensi di quanto previsto dal comma 1 dell'art. 5 del D. Lgs. 219/2006 la fornitura del seguente medicinale: **MEXILETINA CLORIDRATO capsule da 50 mg** nei quantitativi qui specificati (numero di confezioni da 50 capsule da 50 mg)

.....  
al Direttore dello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare, Via R. Giuliani 201, 50141 Firenze.

Il suddetto farmaco sarà utilizzato esclusivamente sotto la propria personale e diretta responsabilità per:

Diagnosi:.....

N° di telefono del medico:.....

N° di fax del medico:.....

Luogo : .....data : .....

Timbro e firma del medico

.....

La fattura dovrà essere inviata a:

Nome:.....

Cognome:.....

Indirizzo:.....

CAP e Città:.....

Telefono:.....

Cellulare:.....

Codice Fiscale:.....

Indirizzo e-mail (**obbligatorio per invio fattura**)

..... @.....

Nota: Il medicinale verrà spedito al medico richiedente. In alternativa alla spedizione al medico richiedente può essere indicato l'indirizzo di una struttura sanitaria di appoggio (es. farmacia territoriale) per l'invio del medicinale:

Nome e Cognome : .....

Numero di telefono : .....

Firma del responsabile/referente della struttura : .....

