

Modulo di Richiesta Informazioni sui Farmaci al CIFAV

DA INVIARE a: *Fax o email*

CIFAV - Onlus 0434-659743 *cifav@cro.it*
ORDINE FARMACISTI PN 0434-537248 *ordinefarmapn@libero.it*
Biblioteca Scientifica CRO 0434-659358 *people@cro.it*

Data della richiesta

Urgente SI NO

INDICARE:

- Professionista sanitario
- Cittadino/Paziente
- Altro _____

Cognome (facoltativo)	
Nome (facoltativo)	
Professione (facoltativo)	
Telefono o altro recapito a cui inviare risposta (richiesto)	

Formulate qui la vostra richiesta di informazioni o le vostre domande

Formulate qui la vostra richiesta di informazioni o le vostre domande

Tipo di richiesta *(da compilare a cura del Centro)*

- Reazioni/effetti collaterali
- Efficacia clinica/ farmacologia / composizione
- Dosaggio / somministrazione
- Sostituzioni/ farmaci generici
- Gravidanza e allattamento
- Utilizzo di farmaci in pediatria
- Rimborsabilità/note AIFA/erogazione/prescrizione
- Normativa/Leggi
- Medicina alternativa

Avviso:

L'informazione è un suo diritto, come sancito dalla *Carta dei Servizi Pubblici Sanitari (D.P.C.M. 19 maggio 1995)*. Nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 196/03, "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", Le viene fornita una risposta finalizzata ad una maggior comprensione delle problematiche da Lei formulate.

Tale risposta non può assolutamente sostituire quanto Le è già stato o Le verrà indicato dal Medico, unica figura professionale in grado di formulare una diagnosi e prescrivere una terapia.

La risposta non può in alcun caso essere interpretata o utilizzata come documento medico-legale, in quanto il Centro CIFAV non è tenuto a seguire il caso clinico nella sua complessità.

Il sottoscritto, in base al D.Lgs n° 196/2003, dichiara di aver ricevuto l'informativa per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili e ne autorizza l'utilizzo per le finalità dichiarate nell'informativa stessa.