



Roma,

Alla Spett.le **Horizon Pharma Ireland Limited**
Connaught House, 1st floor,
1 Burlington Road, dublin4, DO4 CSY6,
Ireland
E-mail: elarkin@horizonpharma.com

e

**Agli Assessorati alla Sanità presso
le Regioni e le Province Autonome
LORO SEDI**

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE ALL'IMPORTAZIONE DEL MEDICINALE "IMUKIN® (rekombinantes humanes Interferon-gamma-1b) 100 Mikrogramm/0,5ml Injektionslösung"

In riferimento all'oggetto, si comunica che, le richieste da parte delle strutture sanitarie, dovrà essere elaborata da parte del personale sanitario in servizio presso le strutture stesse, sulla base del modulo che si allega e trasmessa direttamente al seguente indirizzo:

MedicineAccess@clinigengroup.com

Si invita a darne massima diffusione alle strutture interessate.

Il Dirigente

Domenico Di Giorgio

Si richiama l'attenzione alla sezione del portale AIFA relativa alle carenze dei medicinali, nella quale sono fornite le informazioni relative ai medicinali carenti ed a quelli revocati a partire dal 1 gennaio 2008.

Tale sezione è consultabile all'indirizzo: <http://www.aifa.gov.it/content/carenze-e-indisponibilita>.

NB: le future domande di autorizzazione dovranno essere inviate per PEC al seguente indirizzo: qualita.prodotti@pec.aifa.gov.it

ALLEGATO

Modulo di richiesta fornitura di medicinale importato

**Alla BGP Products S.r.l.
Viale dell'Innovazione,3
20126 Milano
Tel: 06 6124 6921
Fax: 02 6124 6978**

Il sottoscritto medico Dott. _____,

in servizio presso _____,

CHIEDE

alla **BGP Products S.r.l.** la fornitura

del medicinale **PROPYCIL (PROPILTIOURACILE) 50MG/60 CPR**

nella quantità di _____

per la cura del paziente* _____ affetto da _____.

Tale medicinale verrà utilizzato sotto la diretta responsabilità dello scrivente Medico curante, previo ottenimento, ai sensi del D.M. 1 settembre 1995, del consenso informato del paziente o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la tutela o curatela.

Data _____

Il Medico curante (firma per esteso e timbro)

per gli aspetti di propria competenza:

Il Responsabile della struttura sanitaria/Dirigente della Farmacia Ospedaliera

(firma per esteso e timbro).

Indirizzo della Farmacia Ospedaliera presso la quale deve essere effettuata la fornitura:

* Nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali indicare unicamente le iniziali del paziente.