

## 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 domiciliamento:** 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.

## **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.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 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.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 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 : .....

