

Zimbra

Allegato n° 1 alla determinazione  
 Serv. Provinciale N° del  
 Composto di n° 1 foglio

marinella.zoncu@asloristano.it

## I: richiesta URGENTE farmaco a base di acido chenodesossicolico

**Da :** gesuina.m demurtas  
 <gesuina.m.demurtas@asloristano.it>

lun, 11 gen 2016, 21:46

**Oggetto :** I: richiesta URGENTE farmaco a base di acido  
 chenodesossicolico

**A :** 'marinella.zoncu' <marinella.zoncu@asloristano.it>,  
 'Farmacia Ospedale San Martino Oristano'  
 <farmaciaor@asloristano.it>

*G. Zoncu*  
 12/1/2016  
 [Signature]

Procedere in economato data l'urgenza  
 Grazie GD

----- Messaggio inoltrato -----

Da: Farmacia Ospedale San Martino Oristano  
 <farmaciaor@asloristano.it>

A: Maria Gesuina Demurtas <gesuina.m.demurtas@asloristano.it>

Inviato: Mon, 11 Jan 2016 09:21:07 +0100 (CET)

Oggetto: richiesta URGENTE farmaco a base di acido  
 chenodesossicolico

Buongiorno

l'ultimo ordine della preparazione galenica di acido  
 chenodesossicolico è stato evaso parzialmente in data  
 22/12/2015, precisamente è stato fornito farmaco per circa 20  
 giorni di terapia.

Si è provveduto pertanto a contattare l'Azienda Ospedaliera di  
 Siena, fornitrice del preparato galenico, dalla quale si è  
 appreso della indisponibilità della materia prima ( la Ditta  
 fornitrice PCA di Basaluzzo è vincolata da un contratto per la  
 fornitura in esclusiva della sostanza a SIGMA TAU), per altro  
 pare già comunicato a questa Azienda, e  
 quindi dell'impossibilità a proseguire nella fornitura del  
 preparato galenico. Si è anche appreso che il centro di  
 riferimento per la patologia rara xantomatosi cerebrotendinea  
 della Azienda Ospedaliera di Siena, per il tramite del  
 Professor Antonio Federico, è in contatto con la Ditta Sigma Tau  
 al fine di ottenere la fornitura della sostanza per garantire la  
 continuità terapeutica per i pazienti afferenti al centro.

Pertanto al fine di garantire alla paziente residente in  
 questa Azienda affetta dalla grave patologia rara l'unica  
 opportunità terapeutica si chiede l'acquisto del farmaco  
 XENBILOX, registrato all'estero per tale patologia e fornito  
 da Interfarmaci o Unipharma, nelle quantità di n. 3 cpr die per  
 almeno 60 giorni o comunque fino a disponibilità della sostanza  
 per il preparato galenico o alla registrazione del farmaco.  
 In attesa di sollecito riscontro si porgono cordiali saluti  
 Marisa Pirastu

Allegato n° 2 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 4 fogli

**Oggetto:** Offerta XENBILOX

**Mittente:** "Inter Farmaci Italia" <info@interfarmaciitalia.com>

**Data:** 13/01/2016 15.53

**Allegati:**  Offerta farmaci 1.pdf (364 KB),  comunicazione MODULI.pdf (175 KB),  
 MODULO XENBILOX.DOC (49,5 KB),  Xenbilox.pdf (49,6 KB)

**A:** <proveditorato@asloristano.it>, <paola.gasparotto@asloristano.it>

In allegato trasmettiamo offerta economica del prodotto in oggetto + modulo per la richiesta d'importazione + scheda tecnica.

**SI CHIEDE DI SEGUIRE CON MOLTA ATTENZIONE LE INDICAZIONI DELLA COMUNICAZIONE IN ALLEGATO RELATIVA ALLA COMPILAZIONE DEI MODULI PER L'IMPORTAZIONE.**

Cordialmente

Cristina



**Inter Farmaci Italia**  
Tua medicina per noi



**INTER FARMACI ITALIA s.r.l.**

Via Muller 32 – 28921 VERBANIA  
tel. 0323/48104 – fax 0323/491549  
P.iva e Cod. Fisc. 09577370019  
[www.interfarmaciitalia.com](http://www.interfarmaciitalia.com)

*Nota di riservatezza: Il presente messaggio, corredato dei relativi allegati, contiene informazioni da considerarsi strettamente riservate ed è destinato esclusivamente al destinatario sopra indicato, il quale è l'unico autorizzato ad usarlo, copiarlo e, sotto la propria responsabilità, diffonderlo. Chiunque ricevesse questo messaggio per errore o comunque lo leggesse senza esserne legittimato è avvertito che trattenerlo, copiarlo, divulgarlo, distribuirlo a persone diverse dal destinatario è severamente proibito ed è pregato di rinviarlo immediatamente al mittente distruggendone l'originale. Grazie.*

*Informativa privacy: L'informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 è già stata comunicata oralmente o per scritto. Ricordiamo anche che le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Titolare o al Responsabile del trattamento.*

1





# Inter Farmaci Italia®

World medicines for hospital

Verbania, 13/01/2016

Spett.le

AZIENDA OSPEDALIERA  
ASL 5 ORISTANO (707)

SERVIZIO PROVVEDITORATO  
Alla c.a. della Dott.ssa Demurtas  
e Gasparotto

e-mail: [provveditorato@asloristano.it](mailto:provveditorato@asloristano.it);  
[paola.gasparotto@asloristano.it](mailto:paola.gasparotto@asloristano.it)  
tel.: 0783/317.780

**NEW**

Sono reperibili tramite la nostra struttura i  
prodotti **OPDIVO** (nivolumab),  
**KEYTRUDA** (pembrolizumab) e  
**IMBRUVICA** (ibrutinib).

## OFFERTA

Nome commerciale: XENBILOX

Principio Attivo: acido chenodesossilico

Ditta produttrice: Sigma Tau (Germania)

Confezionamento: 100 caps.

Dosaggio: 250 mg.

Prezzo per conf.: € 3.598,00.

*I prezzi offerti rimarranno invariati salvo aumenti direttamente disposti dalla Ditta produttrice.*

Spese di trasporto: € 15,00 fisse indipendentemente dal peso.

IVA: 10% esclusa.

Pagamento: 60 gg. secondo normativa 2011/7/UE/16.02.2011 con termine di recepimento al 16/03/2013.

### ATTENZIONE! PER RISPETTARE LA LEGGE DI IMPORTAZIONE...

...ed effettuare gli ordini in modo corretto permettendo la regolare evasione, ora deve essere **SEMPRE** chiaramente indicato sul modulo di assunzione di responsabilità, compilato dal Medico prescrivente, se il farmaco serve per **SCORTA** o per **PAZIENTI GIA' INDIVIDUATI** e l'**indicazione terapeutica per la quale il prodotto è registrato**. Per pazienti individuati vanno indicate **SEMPRE** le **INIZIALI** e la **DATA DI NASCITA** del/i paziente/i, la **PATOLOGIA** e la **POSOLOGIA** non superiore ai tre mesi. Inoltre su ogni modulo deve essere sempre apposto il timbro dell'Azienda Ospedaliera richiedente.

**Inter Farmaci Italia S.r.l.**

Inter Farmaci Italia Srl  
Codice Fiscale, Registro Imprese  
e Partita IVA 09577370019

Sede legale  
Via E. Sonnaz, 11  
10121 - Torino

Sede operativa  
Via Müller, 32  
28921 - Verbania-Intra (VB)

Tel +39 0323 48104/480845  
Fax +39 0323 48195/491549  
@ [info@interfarmaciitalia.com](mailto:info@interfarmaciitalia.com)  
web [www.interfarmaciitalia.com](http://www.interfarmaciitalia.com)

[interfarmaciitalia](http://interfarmaciitalia.com)

@InterFarmaci

InterFarmaci

**Inter Medical Shop**  
I professionisti della salute al tuo servizio

**Inter Farmaci Italia**  
World medicines for hospital



# Inter Farmaci Italia®

World medicines for hospital

Verbania, 13/01/2016

Spett.le

AZIENDA OSPEDALIERA

SERVIZIO FARMACIA e SERVIZIO ORDINI

---

## COMUNICAZIONE IMPORTANTE

In riferimento ai Vs. futuri ordini si richiede che il modulo di assunzione di responsabilità sia compilato correttamente ed in ogni sua parte possibilmente a mezzo informatico e non a mano.

Si segnala di fare particolare attenzione alla compilazione della patologia ed della posologia che deve essere per ogni paziente non superiore ai 90 gg di terapia.

Per ogni paziente individuato devono essere indicate le iniziali e la data di nascita.

**Nel caso ordinate prodotti sia per pazienti individuati che per scorta reparto è necessario predisporre 2 distinti moduli.**

Quanto sopra è necessario per il pieno rispetto della Legge d'importazione!!!!!!

**Inoltre si ricorda che in caso di incompleta compilazione del modulo di assunzione di responsabilità non solo il prodotto non potrà esservi consegnato, ma bloccherete tutti i farmaci provenienti con la stessa spedizione del ns. fornitore, causando ritardi e disagi anche ad altri ospedali e pazienti.**

RingraziandoVi per la collaborazione restiamo a disposizione per ulteriori informazioni e chiarimenti e porgiamo con l'occasione cordiali saluti.

**Inter Farmaci Italia S.r.l.**

---

Inter Farmaci Italia Srl  
Codice Fiscale, Registro Imprese  
e Partita IVA 09577370019

Sede legale  
Via E. Sonnaz, 11  
10121 - Torino

Sede operativa  
Via Müller, 32  
28921 - Verbania-Intra (VB)

Tel +39 0323 48104/480845  
Fax +39 0323 48195/491549  
@ info@interfarmaciitalia.com  
web www.interfarmaciitalia.com

 interfarmaciitalia

 @InterFarmaci

 InterFarmaci

 **Inter Medical Shop**  
I professionisti della salute al tuo servizio

 **Inter Farmaci Italia**  
World medicines for hospital

3



**MODULO DA COMPILARE e da allegare all'ORDINE**

**ATTENZIONE TIMBRO AZIENDA  
OSPEDALIERA OBBLIGATORIO**



AI SERVIZIO FARMACEUTICO dell'AZIENDA OSPEDALIERA di: .....  
p.c. al MINISTERO della SALUTE - UFFICIO di SANITÀ AEROPORTUALE MALPENSA (MILANO).

Data, .....

**OGGETTO:** Richiesta d'importazione di un farmaco non registrato in Italia da utilizzarsi in ambito ospedaliero ai sensi del D.M. 11/02/1997.

Il sottoscritto Dott. ( IN STAMPATELLO LEGGIBILE ).....

Operante presso il Reparto/Divisione di .....

Chiede di importare, tramite la ditta INTER FARMACI ITALIA s.r.l., il seguente farmaco:

**PRINCIPIO ATTIVO:** **acido chenodesossicolico**

**NOME COMMERCIALE:** **XENBILOX**

**FORMA FARMACEUTICA:** **capsule**

**DOSAGGIO:** **250 mg.**

**CONFEZIONAMENTO:** **100 caps**

Nella quantità di N°..... conf. da ....., prodotto dalla ditta **Sigma Tau (Germania)** titolare dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio e regolarmente registrato nel paese di provenienza per la stessa indicazione terapeutica per il quale viene importato.

Tale farmaco (Soggetto al 10% dell'imposta IVA) è indispensabile ed insostituibile

PER LA CURA DEL PAZIENTE/I nr. \_\_\_\_\_ (INIZIALI e DATE di NASCITA dei PAZIENTI) \_\_\_\_\_

affetti da INDICARE PATOLOGIA \_\_\_\_\_

POSOLOGIA non superiore a 3 mesi \_\_\_\_\_

PER SCORTA FARMACI – REPARTO SENZA PAZIENTI INDIVIDUATI data la variabilità della posologia e della durata della terapia non è possibile indicare preventivamente un numero preciso di pazienti a cui verrà somministrato il farmaco; comunque, sulla base dei dati storici, il quantitativo richiesto non dovrebbe superare l'esigenza di tre mesi di scorta.

**affetti da (INDICARE PATOLOGIA E POSOLOGIA non superiore a 3 mesi)** \_\_\_\_\_

e si richiede che sia già disponibile in reparto al momento del ricovero dei pazienti selezionati per questa terapia.

Il farmaco sarà custodito presso la Farmacia ospedaliera e sarà eventualmente smaltito secondo la normativa vigente.

**DICHIARA ALTRESI' CHE IL FARMACO:**

- Non è sostituibile per il successo terapeutico con altri farmaci registrati in Italia.
- Non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope.
- Non è un emoderivato.
- Verrà impiegato sotto la mia diretta responsabilità dopo aver ottenuto il consenso informato del paziente o, in caso di minore o incapace, di chi esercita la patria potestà.
- Le generalità del paziente e i documenti relativi al consenso informato sono noti al medico curante.

**BARRARE LA TEMPERATURA CORRETTA:**

- Particolari condizioni di conservazione: temperatura  (+2°+8°C),  (-20°C),  (Ambiente).

Il Sottoscrivente è consapevole:

- di essere penalmente sanzionabile se rilascia falsa dichiarazione (art. 76 D.P.R.445/2000);
- di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato sulla base delle false dichiarazioni (art. 75 D.P.R. 445/2000);
- che l'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 D.P.R. n. 445/2000);
- che i dati forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento richiesto (D.L. vo n. 196/2003).

.....  
(TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO)  
FARMACEUTICO)

.....  
(IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO