|  |
| --- |
| **COMUNICAZIONE DI INIZIO E DI INTERRUZIONE DEL TRATTAMENTO**  **AUTORIZZATO AI SENSI DELLA LEGGE N.326/2003** |
| **Medicinale**  *(Indicare principio attivo e denominazione medicinale)*  **Indicazione terapeutica per la quale è stato autorizzato il finanziamento:** |
| **Determinazione AIFA di autorizzazione al trattamento:**  *(Indicare numero e data della determinazione di autorizzazione all’accesso al fondo)* |
| **Data di inizio del trattamento**  **……………………**  **Motivazione interruzione trattamento autorizzato**  Rinuncia del paziente al trattamento **□**  Decesso del paziente **□**  Evento avverso **□**  Altro: |