|  |
| --- |
| **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: |