



MODULO RICHIESTA MOTIVATA DI FARMACI PER SINGOLO PAZIENTE (MOD. 2)

UNITA' OPERATIVA:.....

Data.....

SEZIONE A (a cura del medico prescrivente)

Nome e Cognome del paziente.....

data di nascita : M F cartella clinica n.....

Diagnosi.....data.....

Farmaco (*principio attivo*):.....*Forma farmaceutica*.....

Dose /die.....*Durata prevista del trattamento*

Motivazioni:.....

.....

.....

Per antitumorali indicare: n. cicli.....Farmaco di I° II° III° linea

Per albumina indicare: Albuminemia.....g/dl

Per Antitrombina III indicare: Livelli di attività dell'antitrombina III (%).....

Per Complesso protrombinico umano indicare il PT:.....

Per i fattori di Crescita indicare il n° di globuli bianchi.....

Per Eritropoietina indicare i livelli di Hb:

.....

Il Medico richiedente

Firma (*leggibile*).....

SEZIONE B (a cura del Servizio di farmacia)

Annotazioni:.....

Quantità consegnata.....Data di consegna.....

Firma del Ricevente..... Firma del Farmacista.....

Farmaci per i quali si richiede la compilazione del Mod.2:

1. Albumina
2. Complesso protrombinico umano (es. Protromplex)
3. Antitrombina III
4. Fattore VIII (es.Recombinate)
5. Immunoglobuline EV.
6. Antiblastici : Trastuzumab, Rituximab, Oxaliplatino, Temozolamide, Capecitabina
7. Fattori di crescita: Filgrastim
8. Interferone alfa n1, Interferone alfa-2a
9. Etanercept, Infliximab,
10. Antiaggreganti piastrinici : Tirofiban, Abciximab, Eptifibatide
11. Acido Zoledronico
12. Eritropoietina