



## MODULO RICHIESTA MOTIVATA DEL FARMACO ATOSIBAN<sup>1</sup> fl ev

Struttura Complessa di OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Data.....

### SEZIONE A ( a cura del medico prescrivente )

Iniziali della paziente( Nome e Cognome)..... età..... cartella clin.n.....

Diagnosi: MINACCIA DI PARTO PRETERMINE con

- Contrazioni uterine regolari della durata minima di 30 sec. ad una frequenza  $\geq 4$  ogni 30 minuti;
- Dilatazione cervicale da 1 a 3 cm (0-3 per nullipare) e scomparsa del collo uterino  $\geq 50\%$ ;
- Età  $> 18$  anni;
- Età gestazionale da 24 a 33 settimane complete;
- Frequenza cardiaca normale del feto.

Farmaco richiesto:

*Atosiban 1 fl ev da 0.9 ml (7,5mg/ml) Flac.n.1*

*Atosiban 1 fl concentrato infus. 5 ml (7,5mg/ml) Flac.n.....*

Nota da scheda tecnica: La durata del trattamento non dovrebbe superare le 48 ore .

Motivazioni:  Tachicardia materna (specificare la frequenza cardiaca.....)

Ipertensione arteriosa (specificare i valori di pressione diastolica.....)

Mancata risposta ai  $\beta$ - mimetici

effetti collaterali inaccettabili durante terapia tocolitica con  $\beta$ -mimetici

### Il Medico richiedente

Firma (*leggibile*).....

### SEZIONE B (a cura del Servizio di farmacia)

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

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

<sup>1</sup> Si ricorda che il principio attivo ATOSIBAN è stato inserito nella lista ministeriale dei farmaci da sottoporre a monitoraggio intensivo per quanto concerne la vigilanza di eventi avversi e pertanto si invitano gli operatori sanitari a segnalare al servizio di Farmacia eventuali eventi avversi che dovessero essere riscontrati con l'utilizzo di tale farmaco compilando l'apposita scheda disponibile presso il Servizio di farmacia o scaricabile all'indirizzo: [www.ministerosalute.it/medicinali/farmacovigilanza/farmacovig.jsp](http://www.ministerosalute.it/medicinali/farmacovigilanza/farmacovig.jsp)