

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

SERVIZIO FARMACEUTICO

EROGAZIONE DIRETTA DI FARMACI AI PAZIENTI RESIDENTI NELLA ASL RIETI

(ai sensi della delibera della Giunta Regionale Lazio n°34 del 15-01-2002 e G.U. n. 270 del 18/11/10 All.1)

NOME E COGNOME ASSISTITO.....

DATA E LUOGO DI NASCITA.....

RESIDENZA.....

CODICE FISCALE

DIAGNOSI.....

FILGASTRIM (NOTA 30) -

LENOGRASTIM (da utilizzare solo in caso di reazione avversa al filgrastim)

POSOLOGIA.....DURATA PREVISTA TRATTAMENTO.....

STRUTTURA PRESCRITTRICE.....

INDICAZIONI AUTORIZZATE

- NEUTROPENIA DA CHEMIOTERAPIA (filgrastim, lenograstim,)
- NEUTROPENIA CONGENITA (filgrastim)
- TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO (filgrastim, lenograstim)
- MOBILIZZAZIONE DI CELLULE STAMINALI PERIFERICHE (filgrastim, lenograstim)
- NEUTROPENIA HIV CORRELATA O CORRELATA AI FARMACI ANTIRETROVIRALI IN PAZIENTI PLURITRATTATI CHE NECESSITANO DI FARMACI AD AZIONE NEUTROPENIZZANTE.(filgrastim.)

La prescrizione è riservata all'Oncologo e all'Ematologo.

In caso diverso, **si deve allegare** la consulenza di uno dei prescrittori autorizzati.

Firma e timbro

Data