

**AZIENDA UNITA SANITARIA LOCALE RIETI O.G.P. "S. CAMILLO DE LELLIS" –
RIETI**

U.O.C. Politiche del Farmaco e dei Dispositivi Medici - Tel. 0746/278241– Fax 0746/278538
Direttore: Dr.ssa Emma Giordani

Richiesta personalizzata Eritropoietine

U.O.....

DATA.....

Nome e cognome del paziente _____
data di nascita _____

Sesso M F età _____

Farmaco:

NB: per i pazienti Naive va utilizzato il biosimilare di riferimento a livello regionale Epoetina Zeta

- Epoetina Zeta (Retacrit®) 2000/4000
 Epoetina Alfa (Eprex®) 2000/4000 Darbepoetina Alfa (Aranesp®) 30/40mcg

Quantità richiesta: _____

Posologia giornaliera/settimanale _____

Durata presunta trattamento _____

Motivazione della richiesta:

Patologia (specificare) _____

Prescrizione su consulenza specifica (specificare) _____

Altre motivazioni (specificare) _____

Il medico, timbro e firma leggibile