



PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE SSN DI LENOGRASTIM

CENTRO PRESCRITTORE

CODICE FISCALE

NOME COGNOME

DATA NASCITA

SESSO

TEL

RESIDENZA

ASL DI RESIDENZA

TESSERA SANITARIA

MMG

MOBILIZZAZIONE DI CELLULE STAMINALI PERIFERICHE

TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO

TRATTAMENTO DELLA NEUTROPENIA FEBBRILE DA CHEMIOTERAPIA

CONFEZIONAMENTO E FORMA FARMACEUTICA

DOSE/DIE UNA AL GIORNO

DURATA PREVISTA TRATTAMENTO 12 MESI

☒ PRIMA PRESCRIZIONE☐ PROSECUZIONE DELLA CURA

DATA REDAZIONE 10/02/2017



PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE SSN DI LENOGRASTIM

CENTRO PRESCRITTORE

CODICE FISCALE

NOME COGNOME

DATA NASCITA

SESSO

TEL

RESIDENZA

ASL DI RESIDENZA

TESSERA SANITARIA

MMG

FARMACO SUGGERITO

(

MOTIVO SCELTA TERAPEUTICA



DOCUMENTATO EVENTO AVVERSO:

Evento Avverso verificatosi in data:

Segnalazione Eventi Avversi Servizio di Farmacovigilanza:

Sì, con numero

NO



DOCUMENTATA INEFFICACIA: la valutazione di efficacia deve essere effettuata secondo le raccomandazioni disponibili nelle LLGG oncologiche/ematologiche.

Conteggio granulociti:

del:

Conteggio granulociti:

del:



LETTERATURA SCIENTIFICA CHE EVIDENZI, PER LA TIPOLOGIA DEL PAZIENTE IN OGGETTO, UN PARTICOLARE BENEFICIO DEL PRODOTTO/FORMULAZIONE PRESCELTO.

IN ORDINE DECRESCENTE SARANNO PRESI IN CONSIDERAZIONE REVISIONI

SISTEMATICHES DI LETTERATURA /METANALISI/ RCT's.

LE CITAZIONI SCIENTIFICHE ANDRANNO RIPORTATE SECONDO IL SEGUENTE

SCHEMA:

Autore/i - Titolo - Nome della rivista - Numero - mese e anno - pagine: