



SCHEDA DI SEGNALAZIONE DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO
PER LA PRESCRIZIONE DI DENOSUMAB

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Tel.		e-mail	

Codice fiscale		Cognome nome	
Data nascita		Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza		Residenza	
Tel.		MMG	

Diagnosi	TRATTAMENTO DI ADULTI E ADOLESCENTI CON APPARATO SCHELETRICO MATURO CON TUMORE A CELLULE GIGANTI DELL'OSSO NON RESECABILE O PER I QUALI LA RESEZIONE CHIRURGICA POTREBBE PROVOCARE SEVERA MORBILITÀ
Formulata in data	

PROGRAMMA TERAPEUTICO			
Farmaco			
Posologia			
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi	3
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Prosecuzione cura		
Data Emissione	19/03/2019		
		Data Termine	19/06/2019