

## MODULO RICHIESTA IG VENA

DATI ANAGRAFICI ASSISTITO		
NOME COGNOME PAZIENTE		
DATA DI NASCITA		
CODICE FISCALE		
RESIDENZA		
VIA\CORSO\PIAZZA		
MEDICO CURANTE		
FARMACO USATO	<input type="checkbox"/> IN LABEL	<input type="checkbox"/> OFF LABEL
<p><b>NB:</b> Nel caso di utilizzo "off label" al di fuori delle indicazioni occorre fornire informazioni scientifiche. Per la prescrizione "off label" il medico dichiara di assumere la responsabilità del trattamento e di avere il consenso informato del paziente dal quale risulti che egli è consapevole degli aspetti relativi alla mancata valutazione del farmaco da parte del Ministero della Salute per l'indicazione, i dosaggi o la via di somministrazione utilizzati e la mancanza di una valida alternativa terapeutica</p>		

### CODICE ICD 9-CM

INDICAZIONI EMATOLOGICHE	
<input type="checkbox"/>	<b>279.03 Altri deficit selettivi di immunoglobuline</b>
<input type="checkbox"/>	<b>279.04 Sindromi da immunodeficienza primaria</b>
<input type="checkbox"/>	<b>279.04 Agammaglobulinemia e ipogammaglobulinemia congenita</b>
<input type="checkbox"/>	<b>279.04 S.di Wiskott-Aldrich</b>
<input type="checkbox"/>	<b>279.05 Immunodeficienza con IgM aumentate</b>
<input type="checkbox"/>	<b>279.06 Immunodeficienza comune variabile o congenita grave</b> - Dose Iniziale 0.4-0.8 g/Kg - Dose di Mantenimento 0.2-0.4 g/Kg - Somministrazione: ogni 2-4 settimane, previo dosaggio plasmatico IgG: se valore uguale o superiore al target standard ridurre la dose di mantenimento o allungare l'intervallo - Target terapeutico standard per profilassi: livello plasmatico IgG > 400 mg/dL - Target terapeutico per infezioni acute o ricorrenti: livello plasmatico IgG > 800 mg/dL)
<input type="checkbox"/>	<b>279.00 Ipogammaglobulinemia non specificata</b> (con valori di Ig < 400 mg/dL, in casi di ipogammaglobulinemie postchemio-immuno terapia, di infezioni gravi, di NHL) - Dose 0.2-0.4 g/Kg - Somministrazione: ogni 2-4 settimane previo dosaggio plasmatico IgG: se valore uguale o superiore al target standard ridurre la dose di mantenimento o allungare l'intervallo target terapeutico standard per profilassi o terapia: livello plasmatico IgG di > 400 mg/dL - è raccomandata solo se eventi infettivi ricorrenti
<input type="checkbox"/>	<b>287.31 Porpora trombocitopenica idiopatica o PTI o S. Werlhof o Piastrinopenia autoimmune</b> - Indicazioni: mancata risposta a steroide, emorragie severe, preparazione interventi chirurgici, PTI in gravidanza o in età pediatrica - Dose standard: 0.4 g/Kg per 5 giorni consecutivi - Alte dosi: 0.8-1.0 g/Kg per 2 giorni consecutivi
<input type="checkbox"/>	<b>776.1 Trombocitopenia Alloimmune neonatale</b> - neonati sintomatici, ad alto rischio di emorragia intracranica, se altri provvedimenti non hanno avuto successo o non sono stati tollerati o sono controindicati; - prima del parto nella madre ad alto rischio con storia di trombocitopenia alloimmune e trombocitopenia fetale o neonatale: 1g/Kg/settimana alla madre)
<input type="checkbox"/>	<b>773.0 MEN</b> (malattia emolitica neonatale)

INDICAZIONI NEUROLOGICHE	
<input type="checkbox"/>	357.0 Sindrome di Guillain-Barré -previa valutazione fattibilità plasmateresi
<input type="checkbox"/>	358.01 Miastenia gravis con (acuta) esacerbazione - previa valutazione fattibilità plasmateresi
<input type="checkbox"/>	357.81 Polineuropatia demielinizzante infiammatoria cronica (cidp)
<input type="checkbox"/>	356.9 Neuropatia motoria multifocale o a blocchi multipli
<input type="checkbox"/>	RFG181 Malattie neurologiche paraneoplastiche (off label)
<input type="checkbox"/>	333.91 Stiff-person-syndrome
<input type="checkbox"/>	358.1 Sindrome miastenica di Lambert-Eaton
<input type="checkbox"/>	359.6 Miopatia infiammatoria sintomatica in malattie classificate altrove
<input type="checkbox"/>	345.61 Epilessie infantili intrattabili (spasmi infantili con epilessia intrattabile) - Dose Standard: 0,4g/kg/die per 5 giorni

INDICAZIONI IMMUNOLOGICHE	
<input type="checkbox"/>	446.1 Malattia di Kawasaki - Dose standard: 1.6-2 g/Kg in più dosi per 2-5 giorni associate ad ASA - Alte dosi: 2 g/Kg in unica dose associate ad ASA
<input type="checkbox"/>	710.0 LES - Indicazioni: malattia attiva e grave, con mancata risposta o controindicazioni ad altre Terapia - Dose standard: 1.6-2 g/Kg in più dosi per 2-5 giorni - Alte dosi: 2 g/Kg in unica dose
<input type="checkbox"/>	Immunodeficienze secondarie (SID) in pazienti con infezioni gravi/ricorrenti, trattamento antimicrobico inefficace e che presentano incapacità di produrre anticorpi specifici (PSAF)*/livelli sierici di IgG < 4 g/l. PSAF = incapacità di produrre un aumento di almeno 2 volte del titolo di anticorpi IgG ai vaccini pneumococcico polisaccaridico e contenenti l'antigene polipeptidico. Es. HIV, neoplasie, ecc.

È stata data priorità ad alternative terapeutiche se disponibili?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
È stato prescritto il minor dosaggio efficace per il minor tempo necessario?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

<p>Nell'ambito delle strategie generali di contrasto alla carenza di immunoglobuline, l'AIFA fornisce le seguenti linee generali di indirizzo: prescrizione esclusivamente nel rispetto delle indicazioni autorizzate da scheda tecnica e di quelle ammesse alla rimborsabilità ai sensi della Legge 648/96; utilizzo prioritario nelle indicazioni per le quali non sono disponibili alternative terapeutiche (e utilizzo preferenziale di alternative terapeutiche ove disponibili); utilizzo del minor dosaggio efficace per il minor tempo necessario a garantire l'efficacia clinica.</p>			
<b>PRINCIPIO ATTIVO</b>		<b>DOSAGGIO</b>	
<b>POSOLOGIA</b>		<b>GIORNI TERAPIA</b>	
Richiedere quantità non superiore a 5 giorni di terapia			
<b>NUMERO FLACONI</b>			

<b>IL MEDICO RICHIEDENTE</b>		<b>DATA</b>	
<b>CONSULENZA</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>IL MEDICO SPECIALISTA (indicare il nome)</b>	
<b>REPARTO RICHIEDENTE</b>		<b>REPARTO DEGENZA</b>	
<b>CENTRO DI COSTO</b>			

SPAZIO RISERVATO ALLA FARMACIA			
MINSAN _____	QUANTITA' _____	LOTTO _____	SCADENZA _____
MINSAN _____	QUANTITA' _____	LOTTO _____	SCADENZA _____
MINSAN _____	QUANTITA' _____	LOTTO _____	SCADENZA _____
<b>IL FARMACISTA</b>			
<b>ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA</b>			
<b>DATA</b>			

Al fine della prescrivibilità occorre compilare il modulo di prescrizione allegato ed inserire la prescrizione all'interno del sistema di gestione del file. Nel caso la patologia per cui avviene la prescrizione non fosse presente nell'elenco occorre compilare l'apposito modulo di richiesta corredato dalla letteratura a supporto.