

RICHIESTA MOTIVATA PER PAZIENTI GIA' IN TRATTAMENTO

FARMACI STIMOLANTI L'ERITROPOIESI / FATTORI DI CRESCITA DELLA SERIE GRANULOCITARIA

Distribuzione diretta

Produzione

Presidio Ospedaliero _____ UO _____

Iniziali paziente _____ Data di nascita ____/____/_____

Paziente uremico già in trattamento

Paziente oncologico già in trattamento

EPOETINE

PRINCIPIO ATTIVO	FARMACO	DOSAGGIO	N. FIALE/SIRINGHE
EPOETINA ALFA	EPREX	1SIR 40.000 UI 1ML	
EPOETINA BETA	NEORECORMON	IV SC 6SIR 2000UI	
EPOETINA BETA	NEORECORMON	IV SC 6SIR 4000UI	
EPOETINA ZETA	RETACRIT (specificare il dosaggio)	-----	

Per Binocrit (epoetina alfa) e Aranesp (darbepoetina alfa) non occorre richiesta motivata in quanto farmaci di riferimento della Regione Piemonte.

FATTORI DI CRESCITA DELLA SERIE GRANULOCITARIA

PRINCIPIO ATTIVO	FARMACO	DOSAGGIO	N. FIALE/SIRINGHE
FILGRASTIM	NIVESTIM	30 MU 300 MCG/0,5ML	
PEGFILGRASTIM	PELGRAZ	SC 1SIR 6MG 0,6ML	

Per Accofil (filgrastim) e Ziextenzo (pegfilgrastim) non occorre richiesta motivata in quanto farmaci di riferimento della Regione Piemonte.

Data ____/____/_____

Firma e timbro del Medico _____