



ASL:

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE SSN DI PASIREOTIDE

CENTRO PRESCRITTORE

CODICE FISCALE

NOME COGNOME

DATA NASCITA

SESSO

TEL

RESIDENZA

ASL DI RESIDENZA

TESSERA SANITARIA

MMG

TRATTAMENTO DI PAZIENTI ADULTI CON ACROMEGALIA PER I QUALI L'INTERVENTO CHIRURGICO NON E' INDICATO O NON E' STATO RISOLUTIVO E CHE NON SONO ADEGUATAMENTE CONTROLLATI CON IL TRATTAMENTO CON UN ALTRO ANALOGO DELLA SOMATOSTATINA

CONF.E FORMA FARMAC.

DOSE/DIE

DURATA PREVISTA 12 MESI

☒ PRIMA PRESCRIZIONE☐ PROSECUZIONE DELLA CURA

DATA REDAZIONE 08/01/2018