



## PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE SSN DI FILGRASTIM

CENTRO PRESCRITTORE

CODICE FISCALE

NOME COGNOME

DATA NASCITA

SESSO

TEL

RESIDENZA

ASL DI RESIDENZA

TESSERA SANITARIA

MMG

MOBILIZZAZIONE DI CELLULE STAMINALI PERIFERICHE

NEUTROPENIA CONGENITA

NEUTROPENIA HIV CORRELATA O CORRELATA AI FARMACI ANTIRETROVIRALI IN PAZIENTI PLURI TRATTATI CHE NECESSITINO DI FARMACI AD AZIONE NEUTROPENIZZANTE

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 09/02/2017



## PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE SSN DI FILGRASTIM

CENTRO PRESCRITTORE

CODICE FISCALE	ATTENZIONE: 7700111001	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: 15/01/2016

Segnalazione Eventi Avversi Servizio di Farmacovigilanza:

Sì, con numero 8

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: