

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE SSN DI
GONADOTROPINE

CENTRO PRESCRITTORE

CODICE FISCALE

NOME COGNOME

DATA NASCITA

SESSO

TEL

RESIDENZA

ASL DI RESIDENZA

TESSERA SANITARIA

MMG

PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ FEMMINILE: IN DONNE DI ETÀ NON SUPERIORE AI 45 ANNI AFFETTE DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE CHE DEBBANO SOTTOPORSI A TERAPIE ONCOLOGICHE IN GRADO DI CAUSARE STERILITÀ TRANSITORIA O PERMANENTE

TRATTAMENTO DELL'INFERTILITÀ FEMMINILE: IN DONNE DI ETÀ NON SUPERIORE AI 45 ANNI CON VALORI DI FSH, AL 3° GIORNO DEL CICLO, NON SUPERIORI A 30 MUI/ML

TRATTAMENTO DELL'INFERTILITÀ MASCHILE: IN MASCHI CON IPOGONADISMO-IPOGONADOTROPO CON LIVELLI DI GONADOTROPINE BASSI O NORMALI E COMUNQUE CON FSH NON SUPERIORE A 8 MUI/ML

CONF.E FORMA FARMAC. 36MCG/1,08ML 1CART

DOSE/DIE

UNA AL GIORNO

DURATA PREVISTA 1 MESE

☒ PRIMA PRESCRIZIONE☐ PROSECUZIONE DELLA CURA

DATA REDAZIONE 09/04/2019

FARMACO SUGGERITO

045226026 REKOVELLE*36MCG/1,08ML 1CART

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE SSN DI
GONADOTROPINE

CENTRO PRESCRITTORE

CODICE FISCALE

NOME COGNOME

DATA NASCITA

SESSO

TEL

RESIDENZA

ASL DI RESIDENZA

TESSERA SANITARIA

MMG

MOTIVO SCELTA TERAPEUTICA



DOCUMENTATO EVENTO AVVERSO:

Evento Avverso verificatosi in data: 15/01/2018

Segnalazione Eventi Avversi Servizio di Farmacovigilanza:

Sì, con numero 1

NO



DOCUMENTATA INEFFICACIA: la valutazione di efficacia deve essere effettuata secondo quanto riassunto nell'allegato B della DGR 216 del 26/02/2014, considerando la sospensione della terapia per incrementi di Hb < 1 g/l dopo adeguato periodo (6-8 settimane) ai dosaggi massimi raccomandati.

Dosaggio di partenza Hb:

del:

Dosaggio raggiunto Hb:

del:



ALTRA MOTIVAZIONE CLINICA DOCUMENTATA: