

**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE DI FATTORI
DI CRESCITA GRANULOCITARI (ex Nota 30 e 30 bis)**

Centro prescrittore _____	
Medico prescrittore (nome e cognome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____	
Data di nascita _____	sessu M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice fiscale _____	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	
ASL di residenza _____	Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	

La prescrizione di fattori di crescita granulocitari è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche (barrare la casella corrispondente alla condizione clinica del paziente)

Profilassi della neutropenia febbrile da chemioterapia
(filgrastim, lenograstim)

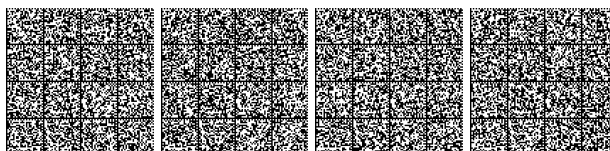
Tattamento della neutropenia febbrile da chemioterapia
(filgrastim, lenograstim, pegfilgrastim)

Neutropenia congenita
(filgrastim)

Trapianto di midollo osseo
(filgrastim, lenograstim)

Mobilizzazione di cellule staminali periferiche
(filgrastim, lenograstim)

Neutropenia HIV correlata o correlata ai farmaci antiretrovirali in pazienti pluritrattati che necessitino di farmaci ad azione neutropenizzante
(filgrastim)



Farmaco prescritto:			
<input type="checkbox"/> Filgrastim	<input type="checkbox"/> Lenograstim	<input type="checkbox"/> Pegfilgrastim	
Dosaggio: _____	Durata prevista del trattamento: _____		
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> prosecuzione della cura		

Data ___/___/___

Timbro e firma del clinico prescrittore

09A08170

