



Modulo di richiesta di farmaci
ad elevato costo compresi
nel PTA per singolo paziente

Codice: MODFARM06

Data: 07 febbraio 2017

Revisione: 2

REPARTO _____

CODICE _____

DATA _____

Per il paziente (Cognome Nome) _____ Data di nascita _____

Diagnosi: _____

Si richiedono n. _____ confezioni del seguente **farmaco** (denominazione, dosaggio, forma farmaceutica, via di somministrazione):

Posologia/die: _____ Durata del trattamento: _____

MOTIVAZIONE dell'assenza di alternativa terapeutica:

Il Medico Richiedente

N.B.: la presente richiesta sarà evasa dalla Farmacia solo se compilata in ogni sua parte.

ELENCO FARMACI AD ALTO COSTO COMPRESI NEL P.T.A.

Tipologia	Denominazione
Immunoderivati	IXED, AT III, BENEFIX, KLOTT, HAEMATE P, NOVOSEVEN, PRONATIV, KEDCOM, IMMUNOGL.RHO, IMMUNOGL.ANTIEPATITE, KEYVENB, ecc.
Bendamustina	Levact
Interferoni pegilati	PEGASYS, PEGINTRON
Indicazioni non monitorate di farmaci altrimenti inseribili nei registri AIFA/Regionale	Es.: Rituximab (x LLC), Infliximab (x Crohn e RCU), Bortezomib, etc...

Per la Farmacia: **Lotto (immunoderivati):** _____