



Modulo per la richiesta di
Pegfilgrastim

Codice: MODFARM10

Data: 25 marzo 2019

Revisione: 2

SERVIZIO: _____ CDC _____

Data.....Paziente.....Data di nascita.....

Diagnosi.....

SI RICHIEDONO N. _____ confezioni di **PEGFILGRASTIM 6mg sir**

N. totale di cicli previsti _____

MOTIVAZIONE (specificare):

Paziente con precedente neutropenia da chemioterapia di grado 4 (neutrofili <500/mmc) associata ad almeno uno dei seguenti fattori:

- Scarsa compliance alla terapia domiciliare
- Intolleranza al G-CSF
- Neutropenia protratta (non coperta dall'uso di 6 fiale di G-CSF)
- Altro.....

Il medico richiedente
