

Modulo di richiesta per IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA

Il prescrittore Dr./Prof.....

Struttura di appartenenza.....

Chiede la fornitura di Immunoglobuline ev

Su consulenza

Si del Dr./Prof..... **No**

Dose/die **N° flaconi richiesti**.....

Prima richiesta Proseguimento

DATI DEL PAZIENTE

Nome

PesoKg data nascita

Cod Fiscale.....

AST/Distretto.....

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA

USO REGISTRATO per la patologia → Tale uso non richiede l' autorizzazione preventiva alla fornitura.

- Immunodeficienza primitiva sintomatica (criteri ICON e/o ESID);
- Ipogammaglobulinemia secondaria grave **con** infezioni ricorrenti **e con** fallimento della profilassi antibiotica
- Porpora trombocitopenia idiopatica (PTI) in bambini o adulti ad alto rischio di emorragie o prima di interventi chirurgici per correggere la conta piastrinica; porpora post-trasfusionale.
- Malattia di Kawasaki;
- Sindrome di Guillain-Barrè; Poliradicoloneuropatia demielinizzante infiammatoria cronica (CIDP); Neuropatia motoria multifocale (MMN);
- Crisi miastenica (Legge 648/1996)
- Terapia di supporto in pazienti con sepsi e/o shock settico (solo per PENTAGLOBIN)

USO OFF LABEL Questo uso richiede un' autorizzazione preventiva ad effettuare la fornitura secondo le procedure aziendali:

- In caso di utilizzo "OCCASIONALE E URGENTE" compilare modulo "Dichiarazione di assunzione di responsabilità per uso off label "
- In caso di utilizzo sistematico allegare alla presente l' autorizzazione della Direzione Sanitaria.

Si dichiara che quanto sopra è richiesto in conformità alle raccomandazioni aziendali

Richiesta: Urgente Non urgente OFF label (media/alta priorità) OFF label (bassa priorità)

Regime assistenziale: Ricovero ordinario DH Ambulatoriale

Data...../...../.....

Firma e timbro _____

SPAZIO RISERVATO ALLA VALUTAZIONE DELLA RICHIESTA

USO REGISTRATO

La farmacia autorizza autonomamente la fornitura di N fiale di Ig ev ;

Data Il Farmacista.....

Note della Farmacia.....

USO OFF LABEL

La farmacia presa visione dell' autorizzazione della Direzione Sanitaria esprime il seguente parere alla richiesta:

NON favorevole; SI, favorevole → per la fornitura di N fiale di Ig ev

Valutata in data..... Note della Autorizzazione

.....