

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

Centro presrittore

Medico presrittore (nome e cognome)

Tel. E-mail

Paziente (nome e cognome) Data di nascita

Sesso M F Codice Fiscale

Residente a Tel.

Regione

ASL di residenza Prov.

Medico di Medicina Generale

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

Trattamento della neutropenia febbrile da chemioterapia

Filgrastim, lenograstim, pegfilgrastim

Neutropenia congenita

Principio attivo: filgrastim

Trapianto di midollo osseo

Principi attivi: filgrastim, lenograstim

Mobilizzazione di cellule staminali periferiche

Principi attivi: filgrastim, lenograstim

Neutropenia HIV correlata o correlata a farmaci antiretrovirali in pazienti pluritrattati che necessitano di farmaci ad azione neutropenizzante

Principio attivo: filgrastim

Farmaco prescritto

Filgrastim Lenograstim Pegfilgrastim

Dosaggio:

Durata prevista del trattamento:

Prima prescrizione Prosecuzione della cura

Data ____/____/____

Timbro e firma del clinico presrittore

.....