

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA “ FEDERICO II”
U.O.C. FARMACIA CENTRALIZZATA

Modulo Richiesta FERINJECT (carbossimaltosio ferrico) 50mg/ml fl e.v.

<i>Scrivere in stampatello oppure apporre etichetta nosografica</i>	
Cognome _____	DAI _____
Nome _____	Unità Operativa _____
Data di nascita _____	Centro di costo _____
Numero cartella _____	Medico richiedente _____
Peso corporeo in Kg _____	Tel. _____

Farmaco prescritto:

- FERINJECT 50mg/ml 1 flac.10ml e.v. ☐
- FERINJECT 50mg/ml 5 flac.2ml e.v. ☐

Diagnosi:

Anemia sideropenica in paziente:

- ☐ per il quale il trattamento con preparati a base di ferro per via orale è risultato inefficace;
- ☐ per il quale non è praticabile la somministrazione di ferro per via orale;
- ☐ per il quale si ravvisa la necessità clinica di una rapida disponibilità di ferro.

Test di laboratorio:

Hb g/dl _____ Ferritina (donne 20-120mcg/L-uomini 20-200mcg/L) _____

Posologia _____ Durata del trattamento _____

Tabella di determinazione del fabbisogno di ferro

Hb	Peso corporeo del paziente		
g/dL	inferiore a 35 kg	da 35 kg a <70 kg	≥ 70 kg e oltre
<10	500 mg	1.500 mg	2.000 mg
da 10 a <14	500 mg	1.000 mg	1.500 mg
≥14	500 mg	500 mg	500 mg

La dose massima cumulativa raccomandata 1000mg di ferro alla settimana

L'uso non è raccomandato nei bambini al di sotto di 14 anni.

Quantità richiesta _____

Firma e Timbro del Medico richiedente

Data _____

