AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA " FEDERICO II"

Modulo Richiesta LANTUS (insulina glargine)100UI/ml flac.10ml

Scrivere in stampatello oppure apporre etichetta nosografica **Cognome** _____ **Nome**_____ **Data di nascita** _____ **Numero cartella**_____	**DAI**_____ **Unità Operativa**_____ **Centro di costo**_____ **Medico richiedente**_____ **Tel.**_____

Farmaco prescritto: _____LANTUS 100mg/ml flac.10ml_____

Quantità richiesta_____ **Posologia**_____**durata del trattamento**_____

MOTIVARE L' IMPOSSIBILITA' DI UTILIZZO DEL BIOSIMILARE ABASAGLAR

Il sottoscrittoProf./Dr_____

consapevole delle sanzioni penali, previste dall'art.76 del DP n° 445 del 28/12/2000, in caso di dichiarazione mendace, dichiara:

□ che il Paziente è già in trattamento con LANTUS e che sussistono controindicazioni alla sostituzione per i motivi di seguito elencati:

_____

_____

_____

□ che il Paziente ha manifestato intolleranza al farmaco biosimilare, di seguito descritta e documentata:

_____

_____

_____

□ che il Paziente ha avuto una risposta insufficiente al farmaco biosimilare, di seguito documentata:

_____

_____

_____

Firm

_____

N.B. Campo obbligatorio

data **Timbro della Struttura e firma del Medico richiedente**

_____ _____

Il Farmacista_____**data erogazione**_____