

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "FEDERICO II"
U.O.C. FARMACIA CENTRALIZZATA

Modulo richiesta Farmaco **IMMUNOGLOBULINE ASPECIFICHE** somministrate in regime ambulatoriale

Cognome: _____

Nome: _____

Data di Nascita: _____

Medico richiedente: _____

Codice Fiscale: _____

Peso corporeo: _____

Numero di cartella clinica: _____

Unità Operativa: _____

Centro di costo: _____

TEL.: _____

☐ Terapia sostitutiva nell'immunodeficienza primaria:

- ☐ Dose iniziale: 0,4-0,8 g/kg p.c./mese
- ☐ Successivamente: 0,2-0,8 g/kg p.c./mese

☐ Trombocitopenia immune primaria (PTI):

- ☐ 0,8-1 g/kg p.c.
- ☐ 0,4 g/kg p.c./die

☐ Morbo di Kawasaki:

- ☐ 1,6-2 g/kg p.c.
- ☐ 2 g/kg p.c.

☐ AIDS congenito: 0,2-0,4 g/kg p.c.

☐ Terapia sostitutiva all'immunodeficienza secondaria:
0,2-0,4 g/kg p.c./mese

☐ Ipogammaglobulinemia (< 4g/l) in pazienti che sono
stati sottoposti a trapianto allogenico di cellule staminali
emopoietiche: 0,2-0,4 g/kg p.c./mese

☐ Sindrome di Guillain-Barré: 0,4 g/kg p.c./die

☐ Polineuropatia demielinizzante infiammatoria cronica
(CIDP):

- ☐ Dose iniziale: 2 g/kg p.c.
- ☐ Dose di mantenimento: 1 g/kg p.c.

Quantità di farmaco prevista _____

Farmaco: _____

Data di prescrizione _____

Firma e Timbro del Medico richiedente _____

Il farmacista per verifica _____

Il sottoscritto Prof./Dr. _____ dichiara che il farmaco è stato somministrato in schema label
al paziente in regime ambulatoriale in data _____

Numero di prenotazione ambulatoriale: _____

Numero EDF: _____

Spazio Fustelle

Firma e timbro: _____