



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

Modulo richiesta Farmaco NEXVIADYME (avalglucosidasi alfa) somministrato in regime ambulatoriale

Cognome: _____	
Nome: _____	
Data di Nascita: _____	
Medico richiedente: _____	Unità Operativa: _____
Codice Fiscale: _____	Centro di costo: _____
Peso corporeo: _____	
Numero di cartella clinica: _____	TEL.: _____

Farmaco prescritto:

- Nexviadyme (avalglucosidasi alfa) soluzione per infusione e.v. flac.

Indicazione terapeutica:

- Terapia enzimatica sostitutiva (enzyme replacement therapy, ERT) a lungo termine in pazienti con diagnosi confermata di malattia di Pompe (deficit di α -glucosidasi acida)

Posologia:

- NAIVE: 20 mg/kg di peso corporeo, somministrati una volta ogni 2 settimane
- CONTINUITÀ TERAPEUTICA: 20 mg/kg di peso corporeo, somministrati una volta ogni 2 settimane

Aggiustamento della posologia per pazienti con IODP: 40mg/kg di peso corporeo, somministrati una volta ogni 2 settimane:

- Trattasi di paziente IODP (malattia di Pompe a esordio infantile) in trattamento con 20 mg/kg. che non ha manifestato un miglioramento
- Ha presentato una risposta insufficiente nella funzione cardiaca, respiratoria e/o motoria; pertanto, si prende in considerazione un aumento della dose a 40 mg/kg a settimane alterne in assenza di problemi di sicurezza

Quantità di farmaco richiesta per singola somministrazione _____

Data di prescrizione _____ Firma e Timbro del Medico richiedente _____

Il farmacista per verifica _____

Da compilare all'avvenuta somministrazione:

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: _____

Firma e timbro: _____

Spazio Fustelle