

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

Modulo richiesta Farmaco OZURDEX (DESAMETASONE) 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:

- ☐ OZURDEX 700 mcg impianto

Indicazione terapeutica:

- ☐ Trattamento di pazienti adulti con riduzione della capacità visiva dovuta a edema maculare diabetico (DME) in pazienti pseudofachici o con una risposta insufficiente o siano non adatti ad una terapia non-corticosteroidea;
- ☐ Edema maculare secondario ad occlusione venosa retinica di branca (BRVO) o ad occlusione venosa retinica centrale;
- ☐ Infiammazione del segmento posteriore dell'occhio che è causata da uveite non infettiva

Posologia: 1 impianto da 700mcg ogni 6 mesi

- ☐ Occhio DX ☐ Occhio SX

Quantità di farmaco richiesta per singola somministrazione ____ 1 impianto ____

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