

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

Modulo richiesta Farmaco VABYSMO (FARICIMAB) 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:

- ☐ Vabysmo 120mg/ml soluzione per infiltrazione intravitale 0,24 ml sir.

Indicazione terapeutica:

- ☐ Degenerazione maculare di tipo neovascolare (umida) correlata all'età (nAMD);
☐ Compromissione della vista causata dall'edema maculare diabetico (DME);

Posologia:

- | | |
|---|--|
| ☐ AMD | ☐ CONTINUITA' TERAPEUTICA: 6 mg (0,05ml) |
| ☐ NAIVE: 6 mg (0,05ml) ai tempi: | ☐ ogni 4 mesi (senza attività di malattia); |
| ☐ T0 | ☐ ogni 3 mesi (con attività di malattia); |
| ☐ T1 | ☐ ogni 2 mesi (con attività di malattia); |
| ☐ T2 | |
| ☐ T3 | |
|
 | |
| ☐ DME | ☐ CONTINUITA' TERAPEUTICA: 6 mg (0,05ml) |
| ☐ NAIVE: 6 mg (0,05ml) | ☐ ogni 4 mesi (senza attività di malattia); |
| ☐ T0 | ☐ ogni 3 mesi (con attività di malattia); |
| ☐ T6 | ☐ ogni 2 mesi (con attività di malattia); |
| ☐ T12 | |
| ☐ T18 | |
| ☐ T24 | |
|
 | |
| ☐ Occhio DX ☐ Occhio SX | |

Quantità di farmaco richiesta per singola somministrazione _____ 1 sir. _____

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