

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

Modulo richiesta Farmaco FERINJECT (CARBOSSIMALTOSIO FERRICO) somministrato in regime ambulatoriale

Scrivere in stampatello oppure apporre etichetta nosografica

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

DAI _____

Unità Operativa _____

Centro di costo _____

Medico richiedente _____

Tel. _____

Farmaco prescritto:

- FERINJECT 50mg/ml 1 flac.10ml e.v.

Indicazione terapeutica:

- Anemia sideropenica in paziente:
- per il quale il trattamento con preparati a base di ferro per via orale è risultato inefficace;
 - per il quale non è praticabile la somministrazione di ferro per via orale;
 - per il quale si ravvisa la necessità clinica di una rapida disponibilità di ferro.

Test di laboratorio: **Hb g/dl** _____ **Ferritina** (donne 20-120mcg/L-uomini 20-200mcg/L) _____

Posologia: _____

La dose massima cumulativa raccomandata 1000mg di ferro alla settimana.
L'uso non è raccomandato nei bambini al di sotto di 14 anni.

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 richiesto è stato somministrato al paziente,
in schema label e in regime ambulatoriale, in data _____

Numero di prenotazione ambulatoriale: _____

Numero EDF _____

Firma _____

Spazio fustelle

