

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

Modulo richiesta Farmaco LUCENTIS (RANIBIZUMAB) 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:

- ☐ LUCENTIS 10mg/ml soluzione per infiltrazione intravitreale 0,23 ml sir.

Indicazione terapeutica:

- ☐ Degenerazione maculare neovascolare (essudativa) correlata all'età (AMD);
☐ Diminuzione visiva causata dall'edema maculare diabetico (DME);
☐ Retinopatia diabetica proliferante (PDR);
☐ Diminuzione visiva causata dall'edema maculare secondario ad occlusione venosa retinica (RVO di branca o RVO centrale)
☐ Diminuzione visiva causata da neovascolarizzazione coroideale (CNV).

Posologia:

- | | |
|---|--|
| ☐ 0,5 mg (0,05ml) al mese; | ☐ Ottimizzazione terapia in continuità terapeutica
(regime di dosaggio treat-and-extend): 2 mg ogni (2
mesi+ 2 o 4 settimane) |
| ☐ 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