

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

Modulo richiesta Farmaci ad alto costo non oncologici infusionali somministrati in regime di ricovero ordinario/DH
SPINRAZA (NUSINERSEN)

Cognome: _____	DAI: _____
Nome: _____	Unità operativa: _____
Data di Nascita: _____	Centro di costo: _____
Codice fiscale: _____	Medico richiedente: _____
Numero di cartella clinica: _____	Tel. _____

Farmaco prescritto:

- ☐ SPINRAZA 12 mg soluzione iniettabile flac. 5 ml (p.a. Nusinersen sodico 2,4 mg/ml)

Indicazione terapeutica:

- ☐ Trattamento Atrofia Muscolare Spinale

Posologia:

- ☐ Dose di carico: 12 mg al giorno
☐ T0 ☐ T14 ☐ T28 ☐ T64

- ☐ Dose di mantenimento: 12 mg ogni 4 mesi

Quantità di farmaco richiesta _____

Data di prescrizione _____

Firma e Timbro del Medico richiedente _____

Codice identificativo richiesta AIFA _____ (allegare copia alla presente)

Il farmacista per verifica _____

Il sottoscritto Prof./Dr. _____ dichiara che il farmaco richiesto verrà somministrato al paziente indicato in regime di ricovero ordinario/DH;

l'eventuale mancata somministrazione del farmaco (q.tà totale o parziale), per cause imprevedibili, verrà tempestivamente comunicata alla Farmacia, per gli adempimenti dovuti in merito ai flussi informativi farmaceutici.

Data presunta di somministrazione _____

Firma

Spazio riservato alla farmacia

Data di erogazione _____

Firma del farmacista _____

Q.tà erogata _____

Spazio fustelle