

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

Modulo richiesta Farmaco **AMVUTTRA (VUTRISIRAN)** 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:

☐ Amvuttra

Indicazione terapeutica:

☐ Indicato per il trattamento dell'amiloidosi ereditaria mediata dalla transtiretina (amiloidosi hATTR) in pazienti adulti affetti da polineuropatia allo stadio 1 o allo stadio 2.

Posologia:

Quantità di farmaco richiesta per singola somministrazione _____ 1 fiala 300 mg

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: _____

Spazio Fustelle

Firma e timbro: _____