

PIANO TERAPEUTICO FATTORI DI CRESCITA GRANULOCITARI (EX NOTA 30 e 30 bis)
- Determinazione 2 novembre 2010 (GU 18 novembre 2010, n. 270): aggiornamento del “Piano terapeutico AIFA per prescrizione di fattori di crescita granulocitari (ex nota 30 e 30 bis)”, di cui alla determinazione 18 marzo 2009.

**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE DI FATTORI
DI CRESCITA GRANULOCITARI (ex Nota 30 e 30 bis)**

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (nome e cognome) _____
Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____
Data di nascita _____ sesso M F
Codice fiscale _____
Residente a _____ Tel. _____
Regione _____
ASL di residenza _____
Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____

La prescrizione di fattori di crescita granulocitari , originatori e biosimilari, è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche (barrare la casella corrispondente alla condizione clinica del paziente)

Trattamento della neutropenia febbrile da chemioterapia
(filgrastim, lenograstim, pegfilgrastim)

Neutropenia congenita
(filgrastim)

Trapianto di midollo osseo
(filgrastim, lenograstim)

Mobilizzazione di cellule staminali periferiche
(filgrastim, lenograstim)

Neutropenia HIV correlata o correlata ai farmaci antiretrovirali in pazienti pluritrattati che necessitino di farmaci ad azione neutropenizzante
(filgrastim)

Farmaco prescritto:

Filgrastim Lenograstim Pegfilgrastim

Dosaggio: _____

Durata prevista del trattamento: _____

Prima prescrizione

prosecuzione della cura

Data ___/___/___

Timbro e firma del clinico prescrittore