



U.O.C. _____ CdC _____ Medico richiedente _____
n. Telefono interno _____

Codice fiscale Paziente _____ Peso Kg _____ Età _____ M F Cartella Clinica n. _____

Indicare valori di: **Albuminemia (g/dl)** _____ (<2,5 g/dl) oppure **Protidemia totale (g/dl)** _____ (<5 g/dl)

La somministrazione di albumina necessita di **Consenso Informato** ai sensi del D.M. 01/09/1995

INDICAZIONI PREVISTE DALLA NOTA AIFA 15 - (A CARICO SSN)

<input type="checkbox"/> Sindrome nefrosica (con Albuminemia ≤ 2 g/dl adulti $\leq 2,5$ nei bambini)	2° Scelta: ALBUMINA solo in caso di resistenza ai diuretici con ipovolemia e/o edema massivo e/o IRA
<input type="checkbox"/> Sindrome protido disperdente enteropatica o da malassorbimento (con Albuminemia ≤ 2 g/dl)	3° Scelta: ALBUMINA solo in pazienti con albuminemia < 2 gr/dl, diarrea da intolleranza alla nutrizione enterale con volume di diarrea superiore a 2 lt/die, <u>prosecuzione della diarrea anche con somministrazione di peptidi a catena corta e formulazioni minerali</u>
<input type="checkbox"/> Paracentesi evacuativa *	1° Scelta: CRISTALLOIDI per volumi di liquido ascitico inferiori a 5 lt, 2° Scelta: ALBUMINA nel caso di volumi di liquido ascitico uguali o superiori a 5 lt, alla dose di 8 g di Albumina/litro di liquido ascitico estratto (EASL 2010)
<input type="checkbox"/> Cirrosi Ascitica (con Albuminemia ≤ 2 g/dl)	1° Scelta: ALBUMINA da utilizzare nell'ascite grave "grade 3" (dose in ospedale di 12,5gr/die e dose domiciliare di 25 gr/settimana)

ALTRE INDICAZIONI

<input type="checkbox"/> Peritonite batterica spontanea *	1° Scelta: ALBUMINA da utilizzare in associazione con opportuna terapia antibiotica. Albumina: 1,5 g/kg di peso corporeo entro 6 ore dalla diagnosi e 1g/kg al terzo giorno (EASL 2010)
<input type="checkbox"/> Shock emorragico (con Albuminemia $\leq 2,5$ g/dl)	1° Scelta: CRISTALLOIDI E COLLOIDI NON PROTEICI 2° Scelta: ALBUMINA se inefficaci o in caso di controindicazione ai colloidali non proteici, utilizzare Albumina al 5%
<input type="checkbox"/> Chirurgia maggiore (con Albuminemia ≤ 2 g/dl)	1° Scelta: CRISTALLOIDI E COLLOIDI NON PROTEICI 2° Scelta ALBUMINA solo se dopo normalizzazione della volemia l'albuminemia ≤ 2 g/dl
<input type="checkbox"/> Trapianto di fegato (con Albuminemia $\leq 2,5$ g/dl)	Albumina 20% solo nel periodo post operatorio (24 – 48 ore)
<input type="checkbox"/> Interventi di cardiocirurgia (con Albuminemia $\leq 2,5$ g/dl)	1° Scelta: CRISTALLOIDI E COLLOIDI NON PROTEICI 2° Scelta: ALBUMINA se inefficaci o in caso di controindicazione ai colloidali non proteici, utilizzare sia nel periodo post operatorio sia per il priming dei circuiti per la circolazione extracorporea
<input type="checkbox"/> Plasmaferesi terapeutica	1° Scelta: ALBUMINA solo nello scambio di grandi volumi di plasma (> 20 ml/Kg in unica seduta o > 20 ml/Kg/settimana in sedute successive)
<input type="checkbox"/> Sindrome epato-renale di tipo I	Albumina in associazione con farmaci vasocostrittori - terlipressina (Legge 648/96)

Formula per calcolare la quantità di Albumina necessaria a ottenere un'albuminemia ≥ 2.5 g/dL (tranne nei casi*):

DOSE (g) = [albuminemia desiderata (2.5 g/dL) – albuminemia attuale (g/dL)] x vol. plasmatico (0.8 x peso corporeo in Kg)

QUANTITÀ RICHIESTA (g) NUMERO DI FLACONI 20% 50ml
(fabbisogno per massimo 5 giorni di terapia)

RICHIESTA URGENTE SI NO

Data: _____

Timbro e firma Medico richiedente _____

Parte riservata alla U.O.C. S.I.M.T.

Si autorizza l'erogazione

Data...../...../.....IL MEDICO SIMT.....

Parte riservata alla Farmacia

Si consegnano n°..... flaconi **20% 50ml** di.....LottoScadenza.....

Data...../...../.....IL FARMACISTA.....IL RICEVENTE

La richiesta di albumina al di fuori delle indicazioni previste dalla modulistica dovranno essere accompagnate da una breve relazione clinica. Le richieste non complete non saranno evase.



MODULO RICHIESTA NEXAVAR (Sorafenib)

Tutti i campi del presente modulo sono da compilare obbligatoriamente

CENTRO DI COSTO: _____

ANAGRAFICA PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nata/o a _____ il _____ Residente in _____

Via _____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDICAZIONI TERAPEUTICHE RIMBORSATE

Nexavar è indicato:

Epatocarcinoma

Carcinoma a cellule renali:

- Trattamento di pazienti con carcinoma a cellule renali avanzato, dopo fallimento terapeutico ad una precedente terapia a base di interferone alfa o interleuchina-2, o che sono considerati non idonei a ricevere tale terapia

Carcinoma Tiroideo differenziato

- Trattamento di pazienti con carcinoma differenziato della tiroide (papillare/follicolare/a cellule di Hürthle) localmente avanzato o metastatico, in progressione, refrattario al radicioidio

PRESCRIZIONE

Posologia: _____ mg al giorno

NEXAVAR 200 mg 112 cpr

Durata prevista del trattamento _____

PRIMO CICLO DI TERAPIA

PROSECUZIONE TERAPIA

Data _____

Il Medico prescrittore

Timbro del centro prescrittore

(firma e timbro)

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA

Quantità consegnata:

_____ NEXAVAR 200 mg 112 cpr

Data _____ Il Ricevente _____ Il Farmacista _____
(firma) (firma)



MODULO RICHIESTA TARCEVA (Erlotinib)

Tutti i campi del presente modulo sono da compilare obbligatoriamente

CENTRO DI COSTO: _____

ANAGRAFICA PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nata/o a _____ il _____ Residente in _____

Via _____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDICAZIONI TERAPEUTICHE RIMBORSATE

Tarceva è indicato:

- Carcinoma Polmonare Non a Piccole Cellule (Non-Small Cell Lung Cancer, NSCLC):**
 - trattamento di prima linea dei pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico con mutazioni attivanti dell'EGFR
 - trattamento di pazienti affetti da NSCLC localmente avanzato o metastatico, dopo fallimento di almeno un precedente regime chemioterapico.

PRESCRIZIONE

Posologia: _____ mg al giorno		
<input type="checkbox"/> TARCEVA 25 mg 30 cpr	<input type="checkbox"/> TARCEVA 100 mg 30 cpr	<input type="checkbox"/> TARCEVA 150 mg 30 cpr
Durata prevista del trattamento _____		
<input type="checkbox"/> PRIMO CICLO DI TERAPIA	<input type="checkbox"/> PROSECUZIONE TERAPIA	

Data _____

Il Medico Prescrittore

Timbro del centro Prescrittore

(firma e timbro)

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA		
Quantità consegnata:		
<input type="checkbox"/> ___ TARCEVA 25 mg 30cpr	<input type="checkbox"/> ___ TARCEVA 100 mg 30cpr	<input type="checkbox"/> ___ TARCEVA 150 mg 30cpr
Data _____ Il Ricevente _____ Il Farmacista _____		
(firma) (firma)		

MODULO RICHIESTA TYVERB (Lapatinib)
Tutti i campi del presente modulo sono da compilare obbligatoriamente

CENTRO DI COSTO: _____

ANAGRAFICA PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nata/o a _____ il _____ Residente in _____

Via _____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDICAZIONI TERAPEUTICHE RIMBORSATE

Tyverb è indicato:

- Nel trattamento di pazienti adulti affetti da Carcinoma mamario con sovraesprime l'HER2 (ErB2):
 - in associazione con capecitabina nei pazienti con malattia avanzata o metastatica in progressione dopo che i pazienti abbiano ricevuto un trattamento che deve aver incluso antracicline e taxani ed una terapia con trastuzumab per malattia metastatica
 - in associazione con un inibitore dell'aromatasi, nelle donne in post-menopausa con malattia metastatica positiva per il recettore ormonale, per le quali al momento non e' indicata la chemioterapia.

PRESCRIZIONE

Posologia (mg al giorno): <input type="checkbox"/> 1250 mg TYVERB/CAPECITABINA <input type="checkbox"/> 1500 mg TYVERB/INIBITORE DELL'AROMATASI	
<input type="checkbox"/> TYVERB 250 mg blister e/o flacone da 70 cpr	<input type="checkbox"/> TYVERB 250 mg blister e/o flacone da 84 cpr
Durata prevista del trattamento _____	
<input type="checkbox"/> PRIMO CICLO DI TERAPIA	<input type="checkbox"/> PROSECUZIONE TERAPIA

Data _____

Il Medico Prescrittore

Timbro del centro Prescrittore

 (firma e timbro)

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA		
Quantità consegnata:		
<input type="checkbox"/> ____ TYVERB 250 mg 70 cpr	<input type="checkbox"/> ____ TYVERB 250 mg 84 cpr	
Data _____ Il Ricevente _____ (firma)	Il Farmacista _____ (firma)	



MODULO RICHIESTA ZYTIGA (Abiraterone)

Tutti i campi del presente modulo sono da compilare obbligatoriamente

CENTRO DI COSTO: _____

ANAGRAFICA PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ Residente in _____

Via _____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDICAZIONI TERAPEUTICHE RIMBORSATE

Zytiga è indicato insieme a prednisone o prednisolone per:

- il trattamento del carcinoma metastatico della prostata resistente alla castrazione (metastatic castration resistant prostate cancer-mCRPC) in uomini adulti asintomatici o lievemente sintomatici dopo fallimento della terapia di deprivazione androgenica e per i quali la chemioterapia non è ancora indicata clinicamente
- Il trattamento dell' mCRPC in uomini adulti la cui malattia è progredita durante o dopo un regime chemioterapico a base di docetaxel.

PRESCRIZIONE

Posologia: _____ mg al giorno

ZYTIGA 250mg 120 cpr Assumere _____ compresse (1000mg) al giorno

ZYTIGA 500mg 56 cpr Assumere _____ compresse (1000mg) al giorno

Durata prevista del trattamento _____

PRIMO CICLO DI TERAPIA

PROSECUZIONE TERAPIA

Data _____

Timbro del Centro Prescrittore

Il Medico Prescrittore

_____ (firma e timbro)

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA

Quantità consegnata

_____ ZYTIGA 250 mg 120 cpr

_____ ZYTIGA 500 mg 56cpr

Data _____ Il Ricevente _____ Il Farmacista _____
 (firma) (firma)



U.O. C. _____ CdC _____
Medico richiedente _____ n. Telefono interno _____

Codice fiscale Paziente _____ ASL Residenza _____ Provincia _____

DIAGNOSI: I.R.C. IN EMODIALISI I.R.C. IN PERITONEALE DOMICILIARE

INDICARE I DATI: Peso Kg _____ Età _____ M F

Indicatori deposito di ferro: * (controllo mensile) effettuato il _____
Sideremia _____ Ferritina _____ Transferrina Saturata _____ Hb _____
DOSAGGIO ERITROPOIETINA SIERICA (EPO) SI NO VALORE _____

RENDICONTATO FARMED: Somministrazione in trattamento [ST-23]

TABELLA SIMULAZIONE COSTI PER TRATTAMENTO SETTIMANALE												
(Fattore conversione Darboepoietina α Vs Epoietina α = 1mcg Darbo = 200 UI Epo α) ¹												
PESO	ARANESP (Darbopoietina)	Costo terapia € = 1.18/mcg	MIRCERA	Costo terapia € = 1,0/mcg	EPREX (Epoietina α)	Costo terapia € = 0.00298/UI	NEORECORMON (Epoietina β)	Costo terapia € = 0.00235/UI	BINOCRIT * (Epoietina α)	Costo terapia € = 0.00123/UI	RETACRIT * (Epoietina Z)	Costo terapia € = 0.00115/UI
		€		€		€		€		€		
VALORI MEDI	mcg	€	mcg	€	UI	€	UI	€	UI	€	UI	€
≥ 70 Kg	30	35,40	30	30,00	6.000	17,90	6.000	14,10	6.000	7.38	6.000	6,90
80 - 100 Kg	40	47,20	40	40,00	8.000	23,84	8.000	18,80	8.000	9.84	8.000	9,20
100 - 120 Kg	50	59,00	50	50,00	10.000	29,80	10.000	23,50	10.000	12.30	10.000	11,50
oltre 120 Kg	60	70,80	60	60,00	12.000	35,76	12.000	28,20	12.000	14.76	12.000	13,80

*(costo sovrapponibile per accordo commerciale)

PRESCRIZIONE PER MESE DI TRATTAMENTO

(Per indicazioni e limitazioni RCP del farmaco)

Farmaci	Dosaggio (mcg/UI)	N. Fiale richieste	N. fiale Erogate SOMMINISTRAZIONE
ARANESP - (Darbopoietina alfa)*			
MIRCERA - (Metossi-PEG-Eritropoietina beta)*			
EPREX - (Epoietina alfa)*			
NEORECORMON - (Epoietina beta)*			
BINOCRIT - (Epoietina alfa)			
RETACRIT - (Epoietina Zeta)			

Motivare se la prescrizione è effettuata per un Farmaco con rapporto costo/efficacia maggiore:

Firma e timbro Medico

Data richiesta : _____



INDICARE LE DATE DI SOMMINISTRAZIONE:

Data...../...../..... Data...../...../..... Data...../...../..... Data...../...../..... Data...../...../.....
Data...../...../..... Data...../...../.....

SPAZIO FUSTELLE:		