

allegato 2B (valutazione)

MODULO VALUTAZIONE RISULTATI FARMACI «Off-label»

Alla Commissione Terapeutica Aziendale
ASL LATINA
c/o la Direzione Sanitaria Aziendale

Il Sottoscritto Dott/Prof. _____ Qualifica _____

Operante presso _____

Dichiara di aver trattato il paziente (Iniziali cognome e nome e data di nascita): _____ / ____ / ____

affetto da (patologia) _____

con il seguente farmaco "off -label" :

Nome del farmaco: _____

Dosaggio (giornaliero/per ciclo/numero cicli/ date) _____

Dichiara inoltre di aver ottenuto nel paziente i seguenti risultati clinici:

a) Remissione del quadro clinico: completa ____ parziale ____ nessuna ____

b) Miglioramento della sintomatologia: NO ____ SI ____ quale _____

c) Miglioramento di parametri di laboratorio: NO ____ SI ____ quale _____

d) Miglioramento della qualità della vita del paziente: NO ____ SI ____ quale _____

e) Riduzione dei tempi di ricovero: NO ____ SI ____ di quanti giorni _____

f) Eventi avversi: NO ____ SI ____ quali _____

Previsti da foglietto illustrativo: NO ____ SI ____

Altre osservazioni : _____

Data _____

Firma _____