

## 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 \_\_\_\_\_