

Presidio Ospedaliero - Santa Maria Goretti
Servizio di Farmacia - Tel.: 0773/6553075-3076-3077 Fax.: 0773/6553074

allegato 8

A.S.L. Latina - Presidio ospedaliero Nord Centro Sud

RICHIESTA DI CINACALCET

Data ____/____/____

Reparto - U.O.: _____
Centro di Costo ____/____/____/____/____/____/____
Paziente _____ nato/a
il _____ a _____, residente a _____
Regione _____ dell' A.U.S.L. _____,
COD FISCALE _____

PRIMA PRESCRIZIONE

Dose: _____
(indicare la posologia giornaliera e settimanale dose prevista)

Durata prevista del trattamento: _____
(riferita alla presente richiesta max 1 mese)

Parametri ematici:

iPTH: > 500 pg/ml altro _____
Ca 9,2-10,4 mg/dl altro _____
P 3,4-5,5 mg/dl altro _____
Ca x P > 55 altro _____

Il paziente è contemporaneamente sottoposto a terapia con:

chelanti del fosfato si no vitamina D si no

PROSECUZIONE DELLA TERAPIA

Dose: _____
(indicare la posologia giornaliera e settimanale dose prevista)

Durata prevista del trattamento: _____
(riferita alla presente richiesta max 1 mese)

Il paziente è contemporaneamente sottoposto a terapia con:

chelanti del fosfato si no vitamina D si no

MOTIVAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO: (barrare l'indicazione)

trattamento dell'iperparatiroidismo secondario in pazienti affetti da IRC in trattamento dialitico, resistente alla terapia standard (specificare la terapia standard)

Il medico richiedente _____
Timbro e Firma

ATTENZIONE:

Al fine di favorire la cultura della segnalazione spontanea di sospetta reazione avversa da farmaci (ADR), si ricorda che questo farmaco appartiene all'elenco ministeriale dei principi attivi sottoposti a monitoraggio intensivo per i quali è richiesta la segnalazione di qualunque reazione avversa, conosciuta e non.

Inoltre, per gli adempimenti di ogni U.O., si ricorda che questo farmaco deve essere registrato nel sistema informativo denominato "File F" che deve essere fatto pervenire ogni trimestre presso la Farmacia Ospedaliera di riferimento.

Parte riservata alla Farmacia: Quantità consegnata: _____

Il Farmacista _____ Data ____/____/____