

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

allegato 9

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

**RICHIESTA DI PARACALCITOLE**

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:  450-800 pg/ml  800-1000 pg/ml  > 1000 pg/ml  altro \_\_\_\_\_  
Ca  9,2-10,4 mg/dl  > 10,4 mg/dl  altro \_\_\_\_\_  
P  3,4-5,5 mg/dl  > 5,5 mg/dl  altro \_\_\_\_\_  
Ca x P  > 55  altro \_\_\_\_\_

**PROSECUZIONE DELLA TERAPIA**

Dose: \_\_\_\_\_  
(indicare la posologia per singola dialisi e settimanale dose prevista)

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

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

- trattamento dell'iperparatiroidismo secondario associato a IRC e
- resistenza al trattamento con calcitriolo
  - insorgenza di ipercalcemia secondaria al trattamento con calcitriolo in pz. trattati con chelanti del fosforo non contenenti calcio e con bagni di dialisi a basso contenuto di calcio

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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/