

SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE OFF-LABEL  
**EPOETINA  $\alpha$  e  $\beta$**

Ai sensi della L. n. 648/96 / uso consolidato



REGIONE  
LAZIO

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale dell'Assistito \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sesso M  F

Regione di residenza dell'assistito \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

Domicilio: Città \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Diagnosi formulata in data \_\_\_\_\_:

**Legge 648/96**

- sindromi mielodisplastiche (MDS);  
 anemia refrattaria (AR)  con sideroblasti (RARS)  senza sideroblasti

**Uso consolidato**

- trattamento dell'anemia (Hgb < 10g/dl o riduzione dell'Hgb di > 2 g /dl in 4 settimane di trattamento) nei pazienti che ricevono ribavirina in combinazione con interferone standard o peghilato per il trattamento dell'infezione cronica di HCV e che presentano risposta virologica alla terapia;  
 pazienti HIV pluritrattati con anemia Hgb < 8,5 g/dl nei quali l'uso di farmaci anemizzanti è l'unica alternativa terapeutica.

**Posologia:**

\_\_\_\_\_

Data .....

**PROGRAMMA TERAPEUTICO**

FARMACO	POSOLOGIA	MODALITA' somministrazione	CONSEGNA
Durata prevista del trattamento*			
<input type="checkbox"/> Primo ciclo di terapia		<input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia	
Medico Prescrittore Dr/Prof _____			
Telefono _____		e-mail _____	
Firma e timbro del medico proscrittore**		Timbro del Centro Prescrittore	
_____		_____	

\*Non oltre 12 mesi, Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

\*\* I dati identificativi del medico devono essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni