

## PIANO TERAPEUTICO AIFA

per la prescrizione di FATTORI DI CRESCITA GRANULOCITARI  
(ex Nota 30 E 30 bis)

Allegato 1 alla Determinazione AIFA 02 novembre 2010 – G.U. 269 del 18.11.2010

Centro Prescrittore : _____
Medico prescrittore (nome e cognome) : _____
Recapito telefonico: _____ e-mail: _____

Paziente (Nome e Cognome) _____
Data di nascita _____ Sesso : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice Fiscale _____
Residente a _____ Tel. _____
Regione _____ ASP di residenza _____
Medico di Medicina Generale _____

**La prescrizione di Fattori di crescita granulocitari, originatori e biosimilari, è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche** (barrare la casella corrispondente alla condizione clinica del paziente)

- Trattamento della neutropenia febbrile da Chemioterapia**  
(*filgrastim, lenograstim, pegfilgrastim*)
- Neutropenia congenita**  
(*filgrastim*)
- Trapianto di midollo osseo**  
(*filgrastim, lenograstim*)
- Mobilizzazione di cellule staminali periferiche**  
(*filgrastim, lenograstim*)
- Neutropenia HIV correlata o correlata ai farmaci antiretrovirali** in pazienti pluritrattati che necessitano di farmaci ad azione neutropenizzante  
(*filgrastim*)

<b>Farmaco prescritto:</b>		
<input type="checkbox"/> Filgrastim	<input type="checkbox"/> Lenograstim	<input type="checkbox"/> Pegfilgrastim
Dosaggio: _____		
Durata prevista del trattamento : _____		
<input type="checkbox"/> Prima Prescrizione	<input type="checkbox"/> prosecuzione della cura	

Data Prescrizione  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Timbro e Firma  
del Clinico Prescrittore

\_\_\_\_\_