


**REGISTRO DEI FARMACI PER ARTRITE REUMATOIDE SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO**

Centro	Codice Paziente	Nome Cognome	Data di nascita	Data di reg.
_____	_____	_____	___/___/___	___/___/___

**Cimzia**

Eleggibili solo pazienti con età > 18 anni

<b>RICHIESTA FARMACO</b>	
<b>I campi contrassegnati con * sono obbligatori.</b>	
Codice identificativo Unico della Richiesta Farmaco	_____ (Compilato automaticamente dopo l'invio)
Data richiesta *	___/___/___ (gg mm aaaa)
Dose/ciclo richiesta: *	200 mg 400 mg
Una richiesta = max 3 cicli = trattamento di 2 settimane o 4 settimane o 6 settimane. la dose/ciclo = 200 o 400 mg	
Dose totale richiesta *	_____ mg
(E) Il paziente presenta infezioni gravi o sospette? *	Sì No (COMPILARE SCHEDA DI FINE TRATTAMENTO)
Data prevista per la somministrazione *	___/___/___ (gg mm aaaa)
Farmacia di riferimento *	Farmacia ospedaliera Farmacia territoriale ASL di domicilio Altra farmacia (altra struttura, altra ASL, ecc.)
Farmacia	_____