

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Si sono verificate le seguenti reazioni in correlazione con l'infusione precedente?	<input type="checkbox"/> Reazioni cutanee (eruzioni, prurito, orticaria) <input type="checkbox"/> Piressia <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa <input type="checkbox"/> Vampate
Si sono verificate, in correlazione con l'infusione precedente, reazioni anafilattiche? *	Si No
Il paziente e' affetto da malattia respiratoria acuta? *	Si No
Codice identificativo Unico della Richiesta Farmaco	_____ (Compilato automaticamente dopo l'invio)
Data richiesta*	____/____/____ (gg mm aaaa)
Peso*	_____ Kg (usare il punto per i decimali es. 15.3)
Dose/infusione richiesta 0.5 mg/kg di peso corporeo ogni settimana, per infusione endovenosa in ambiente ospedaliero specializzato nell'arco di 3 ore (la durata dell'infusione puo' essere gradualmente ridotta a 1 ora se non si osservano reazioni associate all'infusione) *	_____ mg/kg
Dose totale richiesta*	_____ mg
Numero di cicli *	1 2 3 4
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	_____