


REGISTRO DEI FARMACI NEUROLOGICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

MODULO DI RICHIESTA FARMACO: GILENYA

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

"Il Comitato Scientifico per i Prodotti Medicinali per uso umano (CHMP) richiama l'attenzione ai clinici sul monitoraggio dei pazienti dopo la prima dose. pertanto ai fini della prescrizione di Gilenya sono richiesti:

- il monitoraggio ECG prima del trattamento con Gilenya;
- successivamente alla prima dose, ogni ora per sei ore, la misurazione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca nonche' un secondo monitoraggio ECG .

I pazienti che presenteranno bradicardia o blocco atrioventricolare in questa fase dovranno essere monitorati ulteriormente. In presenza di alterazioni giudicate da clinico tali da suggerire di non proseguire il trattamento con Gilenya, oltre a compilare la scheda di Fine Trattamento dovrà essere compilata anche una scheda di ADR".

Codice identificativo Unico della Richiesta Farmaco	_____ (Compilato automaticamente dopo l'invio)
Il paziente e' stato sottoposto a monitoraggio ECG prima della Richiesta farmaco*	Si No
Il paziente verra' sottoposto a monitoraggio (compreso ECG) per le sei ore successive alla prima somministrazione*	Si No
Il paziente presenta infezioni gravi o sospette?*	Si No
Il paziente verra' sottoposto a monitoraggio della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca ogni ora nelle prime 6 ore dopo la prima somministrazione?*	Si No
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente*	Si No
La dose va intesa come dose totale dell'intero periodo di trattamento a cui la presente richiesta fa riferimento. La dose consigliata è di 14 mg/mese <ul style="list-style-type: none"> • 14 mg = 1 mese • 28 mg = 2 mesi • 42 mg = 3 mesi 	
La dose deve essere compresa tra 14 e 42 mg.	
Dose totale richiesta*	_____mg
Durata della terapia richiesta in mesi*	1 2 3
Data richiesta farmaco*	____/____/____(gg mm aaaa)
Data prevista per la somministrazione*	____/____/____(gg mm aaaa)

Farmacia di riferimento*	distribuzione ospedaliera DO (farmacia ospedaliera) distribuzione diretta DD (farmacia ASL di territorio) distribuzione per conto DPC (farmacia aperta al pubblico)
Farmacia	<hr/>
<p>Si ricorda che l'invio telematico delle richieste di farmaco a Farmacie diverse da quella indicata come Farmacia di riferimento del Centro prescrittore e' consentito, sotto la responsabilita' del Centro prescrittore, nel rispetto delle norme vigenti nazionali e regionali relativamente alle singole specialita' medicinali</p>	

Nome del Medico

Data

Firma