AIFA
AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

REGISTRO DEI FARMACI ONCOLOGICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

## REGISTRAZIONE NUOVO PAZIENTE

**I campi contrassegnati con * sono obbligatori.**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cognome* | _____ | Nome* | _____ | Codice fiscale* | _____ |

**Solo nel caso in cui il paziente non possieda codice fiscale inserire i dati seguenti:**

| | |
|---|---|
| Cognome*: (Inserire cognome o le prime 3 lettere) | _____ |
| Nome*: (Inserire nome o le prime 3 lettere) | _____ |
| Codice fiscale*: (Campo obbligatorio per i farmaci: Avastin, Tarceva, Nexavar, Sutent, Sprycel, Revlimid, Revlimid 648,Atriance, Tasigna, Torisel, Vectibix, Yondelis, Thalidomide, Alimta, Tyverb, Velcade, Velcade 648, Mabthera, Iressa, Afinitor ,Vidaza, Mepact, Javlor, Arzerra, Votrient, Removab,Halaven e Jevtana) | _____ |

**Solo nel caso in cui il paziente non possieda codice fiscale inserire i dati seguenti:**

| | |
|---|---|
| Il paziente dichiara di non essere già stato sottoposto ad analogo trattamento | Sì<br>No |
| Tipo di documento di riconoscimento | Passaporto<br>Carta d'identità<br>Permesso di soggiorno<br>Altro |
| Se Altro Specificare: | _____ |
| Numero documento di riconoscimento | _____ |
| Nazione dell'Autorità che ha rilasciato il documento | _____ |

In accordo alla normativa sulla privacy 196/2003, nel database globale il paziente sarà identificato dal codice che sarà assegnato automaticamente dal sistema. Nel database ad uso locale il paziente potrà essere identificato da cognome, nome o iniziali

| | |
|---|---|
| Data di nascita* | ___/____/_____(gg mm aaaa) |
| Sesso* | M<br>F |
| Luogo di nascita | _____ ☐Estero |
| Numero Cartella Clinica: | _____ |
| ASL di residenza del Paziente* | _____ |
| ASL di domicilio diversa da quella di residenza* | Sì<br>No |
| ASL di domicilio del Paziente:* | _____ |

| | | |
|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ |
| Nome del Medico | Data | Firma |