

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Codice identificativo Unico della Richiesta Farmaco	_____ (Compilato automaticamente dopo l'invio)
Paziente:	_____ (Compilato automaticamente)
Altezza del paziente* :	_____ cm
Peso* :	_____ kg (per i decimali usare il punto es: 83.5)
Il peso utilizzato per calcolare la dose di plerixafor deve essere ottenuto entro 1 settimana precedente alla prima dose di plerixafor Posologia raccomandata 0,24 mg/kg di peso corporeo/die Vedi RCP del farmaco pag 2 e 3	
Dose/die richiesta:	_____ mg
Dose totale richiesta*:	_____ mg
Data richiesta farmaco*:	___/___/___ (gg mm aaaa)
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	_____
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	

 Nome del Medico

 Data

 Firma