

PROLIA
PIANO TERAPEUTICO
I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Codice identificativo Unico della Richiesta Farmaco		_____ (Compilato automaticamente dopo l'invio)	
Cognome MMG* (minimo 2 lettere)	_____	Nome MMG* (minimo 2 lettere)	_____
Asl di appartenenza del MMG (minimo 2 lettere) *	_____		
Codice identificativo Unico della Richiesta Farmaco		_____ (Compilato automaticamente dopo l'invio)	
Il paziente ha avuto ADR o altro? *	Si No		
Data richiesta*	___/___/___ (gg mm aaaa)		
Terapia valida per*	6 mesi 12 mesi		
Dose totale richiesta*:	_____ (Compilato automaticamente)	Corrispondente a*:	_____ (Compilato automaticamente)
I pazienti devono ricevere un adeguato supplemento di calcio e vitamina D Vedere pag. 3 RCP del farmaco per posologia, Avvertenze speciali e precauzioni di impiego. Informazioni più dettagliate su PROLIA sono disponibili sul sito web dell'Agenzia Europea dei Medicinali e nella sezione Normativa del Registro PROLIA .			
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) distribuzione tramite farmacia aperta al pubblico(o Retail)		
Nota bene: per indicare correttamente la farmacia di riferimento, si prega di informarsi presso la farmacia della propria struttura o presso il servizio farmaceutico regionale in merito alle decisioni eventualmente adottate dalla propria Regione sulla politica distributiva relativa al farmaco in questione (DD, DPC o Retail).			

 Nome del Medico

 Data

 Firma