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:	
Il paziente dichiara di non essere già stato sottoposto ad analogo trattamento:	Sì No
Tipo di documento di riconoscimento:	Passaporto Permesso di soggiorno Altro
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 F
Luogo di nascita*:	☐ Estero
ASL di residenza*:	_____
Scegli il farmaco (Nome commerciale)*:	○ SOLIRIS ○ SOLIRIS 648

Soliris (trattamento dei pazienti con EPN con precedente storia di trasfusioni)

Soliris 648 (trattamento dei pazienti con EPN che non abbiano effettuato precedenti trasfusioni - Determinazione 22 dicembre 2008 – (GU n. 3 del 5-1-2009)

_____ Data

_____ Timbro e firma del medico