CERTIFICATO DI VACCINAZIONE

Da inviare ad Alexion prima di ogni fornitura di SOLIRIS® (eculizumab) 300 mg, concentrato per soluzione per infusione, per un nuovo paziente, in accordo con quanto richiesto da EMEA

E' obbligatorio ricevere questo certificato prima di organizzare la prima spedizione per un nuovo paziente

FAX	
A: ALEXION PHARMA ITALY	**Pagina : 1/1**
Fax n°: 800 915 916	**Data: :**
Oggetto: Certificato di vaccinazione prima di iniziare il trattamento con eculizumab.	

Nome del Medico: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Ospedale: _____ Telefono N°:
Indirizzo: _____ Fax N°:
Città: _____
<ITALIA>

Informazioni relative al paziente:

Iniziale del nome: |__| Iniziale del cognome: |__|
Sesso: M/F Data di nascita: |__|__|__|__|__|__|__|__|
(dd/mm/yyyy)

Informazioni al paziente:

Confermo di aver spiegato al paziente il trattamento con eculizumab e di avergli dato tutte le informazioni necessarie ed in particolare la "Scheda di sicurezza del paziente".

Certificate di vaccinazione:

Gentile Signora/ Egregio Signore,

Io, sottoscritto, _____ assicuro che il paziente sopra citato sia stato sottoposto a vaccinazione anti-meningococcica, preferibilmente tetravalente, almeno due settimane prima di iniziare il trattamento con eculizumab.

La data di vaccinazione è |__|__|__|__|__|__|__|__|.
(dd/mm/yyyy)

Dichiaro inoltre di essere consapevole e di aver capito che il trattamento con eculizumab può iniziare solo due settimane dopo la vaccinazione.

Cordialmente,

Data:

Firma :