



SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO PER IL TRATTAMENTO CON ORMONE DELLA CRESCITA (GH) - (Nota AIFA 39)

CENTRO PRESCRITTORE

CODICE FISCALE

NOME COGNOME

DATA NASCITA

SESSO

TEL

RESIDENZA

ASL DI RESIDENZA

TESSERA SANITARIA

MMG

ID PAZIENTE

DATA FORMULAZIONE 15/01/2017

DIAGNOSI ETA' EVOLUTIVA

ELEMENTI
CARATTERIZZANTIDEFICIT
IPOTALAMO-IPOFISARI
CONFERMATI

MEDICO SPECIALISTA

TELEFONO

CENTRO

TIPO STRUTTURA

STRUTTURA

CONFEZIONAMENTO E FORMA FARMACEUTICA 10MG/1,5ML SC 1CAR

DOSE/DIE UNA AL GIORNO

DURATA PREVISTA TRATTAMENTO 12 MESI

☒ PRIMA PRESCRIZIONE☐ PROSECUZIONE DELLA CURA

DATA REDAZIONE 10/02/2017

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO PER IL TRATTAMENTO CON ORMONE DELLA CRESCITA (GH) - (Nota AIFA 39)**

CENTRO PRESCRITTORE

CODICE FISCALE

NOME COGNOME

DATA NASCITA

SESSO

TEL

RESIDENZA

ASL DI RESIDENZA

TESSERA SANITARIA

MMG

FARMACO SUGGERITO

MOTIVO SCELTA TERAPEUTICA



DOCUMENTATO EVENTO AVVERSO:

Evento Avverso verificatosi in data:

Segnalazione Eventi Avversi Servizio di Farmacovigilanza:

Sì, con numero

NO



LETTERATURA SCIENTIFICA CHE EVIDENZI, PER LA TIPOLOGIA DEL PAZIENTE IN OGGETTO, UN PARTICOLARE BENEFICIO DEL PRODOTTO/FORMULAZIONE PRESCELTO.

IN ORDINE DECRESCENTE SARANNO PRESI IN CONSIDERAZIONE REVISIONI SISTEMATICHE DI LETTERATURA /METANALISI/ RCT's.

LE CITAZIONI SCIENTIFICHE ANDRANNO RIPORTATE SECONDO IL SEGUENTE SCHEMA:

Autore/i - Titolo - Nome della rivista - Numero - mese e anno - pagine: