

**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE DI FATTORI
DI CRESCITA GRANULOCITARI (ex Nota 30 e 30 bis)**

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (nome e cognome) _____
Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____
Data di nascita _____ sesso M ☐ F ☐
Codice fiscale _____
Residente a _____ Tel. _____
Regione _____
ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____

La prescrizione di fattori di crescita granulocitari è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche (barrare la casella corrispondente alla condizione clinica del paziente)

- ☐ **Trattamento della neutropenia febbrile da chemioterapia**
(*filgrastim, lenograstim, pegfilgrastim*)
- ☐ **Neutropenia congenita**
(*filgrastim*)
- ☐ **Trapianto di midollo osseo**
(*filgrastim, lenograstim*)
- ☐ **Mobilizzazione di cellule staminali periferiche**
(*filgrastim, lenograstim*)
- ☐ **Neutropenia HIV correlata o correlata ai farmaci antiretrovirali** in pazienti pluritrattati che necessitano di farmaci ad azione neutropenizzante
(*filgrastim*)

Farmaco prescritto:

☐ Filgrastim ☐ Lenograstim ☐ Pegfilgrastim

Dosaggio: _____ Durata prevista del trattamento: _____

☐ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione della cura

Data ____/____/____

Timbro e firma del clinico prescrittore