

ALLEGATO I

**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 _____	sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
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)**

**Profilassi della neutropenia febbrile da chemioterapia**  
(filgrastim, lenograstim)

**Tattamento 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 necessitino di farmaci ad azione neutropenizzante  
(filgrastim)



<b>Farmaco prescritto:</b>			
<input type="checkbox"/> Filgrastim	<input type="checkbox"/> Lenograstim	<input type="checkbox"/> Pegfilgrastim	
Dosaggio: _____	Durata prevista del trattamento: _____		
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Prosecuzione della cura		

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Timbro e firma del clinico prescrittore

09A08170

