



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.54111 0324.49111 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

### **SOC FARMACIA**

Sede legale : Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)  
Sede Operativa Omegna Tel 0323 868342 Fax 0323 868326 e-mail : farmterr@aslvco.it  
Sede Operativa Verbania Tel 0323 541299 Fax 0323 541358 e-mail : farmosp.vb@aslvco.it  
Sede Operativa Domodossola Tel 0324 491296 Fax 0324 248425 e-mail: dipfarm@aslvco.it

### **ALLEGATO 3**

## **PRO-MEMORIA (\*) SOMMINISTRAZIONE BIFOSFONATO E.V. PER LA/IL PAZIENTE ED IL SUO MEDICO DI FAMIGLIA**

### **STRUTTURA \_\_\_\_\_**

In data odierna è stato somministrato per via endovenosa alla/al

Paziente \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_, affetto/a da Osteoporosi

il farmaco (\*\*)  
Ibandronato 3 mg e.v.

Zoledronato 5 mg. e.v.

Tale trattamento potrà eventualmente essere ripetuto non prima di 3 mesi (Ibandronato) o di 12 mesi (Zoledronato) e, nel frattempo, **è sconsigliata l'assunzione di altri farmaci per la cura dell'osteoporosi.**

Si ricorda che, al contrario, **la terapia con Calcio e Vitamina D3 deve essere mantenuta** dopo l'infusione del farmaco e.v.

Il Medico (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

---

\*rilasciare due copie: una per la/il Paziente ed una per il Medico di famiglia  
\*\*barrare la casella che interessa