



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto

AZIENDA ULSS N. 6 "VICENZA"

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

COD. REGIONE 050 – COD. U.L.SS. 106 – COD.FISC. E P.IVA 02441500242 – Cod. IPA AUV

Tel. 0444 753111 - Fax 0444 753809 Mail protocollo@ulssvicenza.it

PEC protocollo.centrale.ulssvicenza@pecveneto.it

www.ulssvicenza.it

PIANO TERAPEUTICO REGIONALE PER PRESCRIZIONE DI HEMANGIOL

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità a cura dei centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuati dalla Regione del Veneto ai sensi del decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n.93 del 16/09/2016

Azienda Sanitaria _____

Centro prescrittore/Unità Operativa _____

Medico prescrittore (nome e cognome) _____

Recapito telefonico _____

Paziente (nome, cognome) _____

Data di nascita _____ Sesso M F Codice fiscale _____

Indirizzo _____ Tel. _____

ASL di residenza _____

Medico di Medicina Generale _____

Indicazioni terapeutiche

HEMANGIOL è indicato nel trattamento di emangiomi infantili in fase proliferativa che richiedono una terapia sistemica (barrare la tipologia di emangioma per il quale viene prescritto Hemangiol®):

- Emangioma in fase proliferativa a rischio funzionale (vista, nutrizione, udito, abilità)
- Emangioma in fase proliferativa che costituisce minaccia per la vita (epatico, laringeo)
- Emangioma complicato da ulcerazione (dolore e rischio emorragico) che non risponde ai trattamenti topici
- Emangioma ed elevato rischio estetico

Il trattamento deve essere iniziato in bambini di età compresa tra 5 settimane e 5 mesi.

Dati clinici

Peso (Kg): _____ Altezza (cm): _____ SC m²: _____ Età (anni, mesi): _____

Riscontro anamnestico di malattia connettivale materna? SI NO

Frequenza cardiaca al riposo nei limiti della norma per l'età? SI NO

Pressione arteriosa (rilevata almeno sui due arti superiori) nei limiti per l'età? SI NO

Sospetto di possibile cardiopatia (polso periferici, saturazione sistemica, obiettività toracica)? SI NO

Rischio ipoglicemico o di reazione broncospastica importante? SI NO

Presenza di altre comorbidità? (specificare) _____

Reazioni avverse?: Si (compilare la scheda unica di segnalazione di sospetta reazione avversa ADR) No

Responsabile del Procedimento: Dr. Alessandro Dacomo

Referente procedura: Dr.ssa Stefania Pretto

Tel. 0444-753484 Fax 0444-753941

e mail: segreteria.farmacia@ulssvicenza.it

Prima prescrizione <input type="checkbox"/>		Prosecuzione terapia: con modifiche <input type="checkbox"/> senza modifiche <input type="checkbox"/>
Principio attivo	Posologia/regime terapeutico	

Data valutazione: / /

Timbro e firma del medico prescrittore
