

Ministero della Sanità – Dipartimento per la Valutazione dei Medicinali e la Farmacovigilanza
Prescrizione
e monitoraggio degli indicatori clinici dei medicinali erogati dal SSN ai sensi della Legge 648/96

Paziente	
COGNOME _____	NOME _____
Data di Nascita: ____ / ____ / ____	
Età <input type="text"/>	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

Medicinale (principio attivo): OCTREOTIDE rilascio prolungato <input type="checkbox"/> 10 mg fiala n. confezioni: _____ (max 3)
--

Indicazione terapeutica: Angiomasiosi non suscettibile di altri trattamenti farmacologici e/o di asportazione chirurgica

Struttura prescrittrice : <input type="checkbox"/> U.O. GASTROENTEROLOGIA Centro di costo : 10101 <input type="checkbox"/> U.O. MEDICINA Centro di costo: 10105
<input type="text"/> Dott./Dott.ssa (timbro firma del Medico)

N.B.: La rilevazione dei dati deve essere fatta prima del trattamento e successivamente ogni tre mesi

Scheda inizio trattamento	<input type="checkbox"/>
Scheda di controllo trimestrale	<input type="checkbox"/>
Data inizio terapia	____ / ____ / ____
Data controllo trim.	____ / ____ / ____

Indicatori
Anamnesi (prima del trattamento)
Sintomatologia dolorosa (prima del trattamento e successivamente ogni 3/6/9/12 mesi)
Episodi emorragici (prima del trattamento e successivamente ogni 3/6/9/12 mesi)
Iperpiressia (prima del trattamento e successivamente ogni 3/6/9/12 mesi)
Esami diagnostici per immagine ritenuti più idonei (a 6/12 mesi)

Valore

Eventi avversi N.B.: tale segnalazione non sostituisce la segnalazione spontanea delle ADR secondo il DLvo 95/03

Fine terapia <input type="checkbox"/>	C A U S A
Sospensione terapia <input type="checkbox"/>	
Data ____ / ____ / ____	