

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

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

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

<b>Indicazione terapeutica: Angiomatosi non suscettibile di altri trattamenti farmacologici e/o di asportazione chirurgica</b>
--

Struttura prescrittrice : <input type="checkbox"/> <b>U.O. GASTROENTEROLOGIA</b> Centro di costo : <b>10101</b>	
<input type="checkbox"/> <b>U.O. MEDICINA</b> Centro di costo: <b>10105</b>	
<table border="1"> <tr> <td>Dott./Dott.ssa (timbro firma del Medico)</td> </tr> </table>	Dott./Dott.ssa (timbro firma del Medico)
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. ___ / ___ / ___

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

<b>Valore</b>

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

--

Fine terapia <input type="checkbox"/>
---------------------------------------

Sospensione terapia <input type="checkbox"/>
--

C  
A  
U  
S  
A

--

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