Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
AZIENDA ULSS N. 8 BERICA
Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA
COD. REGIONE 050–COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. iPA AUV
Tel. 0444 753111 - Fax 0444 753809 Mail protocollo@aulss8.veneto.it
PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it
www.aulss8.veneto.it

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

Medicinale (principio attivo): **RITUXIMAB** ☐ **500 mg/50 ml FL**
☐ **100 mg/10ml FL**

n. confezioni: _____

Indicazione terapeutica: Trattamento di pazienti affetti da pemfigo grave e refrattari ai comuni trattamenti immunosoppressivi

Struttura prescrittrice : U.O. DERMATOLOGIA **Centro di costo : 10106**

N.B.: La rilevazione dei dati deve essere effettuata prima del trattamento e ogni tre mesi(Follow-up)

Scheda inizio trattamento	☐
Scheda di controllo trimestrale	☐
Data inizio terapia	____ / ____ / ____
Data controllo trim.	____ / ____ / ____

Paziente
COGNOME _____ NOME _____

Data di Nascita: ___ / ___ / ____ Età M ☐ F ☐

Indicatori	Valore
Emocromo con formula (Inizialmente, dopo ciclo di attacco e ogni tre mesi)	
Funzionalità epatica (Inizialmente, dopo ciclo di attacco e ogni tre mesi)	
Funzionalità renale (Inizialmente, dopo ciclo di attacco e ogni tre mesi)	
Immunoglobuline sieriche (Inizialmente e ogni 6 mesi)	
Tipizzazione Linfocitaria di base (Inizialmente, dopo ciclo di attacco e ogni tre mesi)	
Dosaggio anticorpi anti desmogleina 1 e 3 (Inizialmente e ogni 6 mesi)	

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

Fine terapia		CAUSA	
Sospensione terapia			

Data ____ / ____ / _____