

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: Angiomatosi 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	
<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. ___ / ___ / ___

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"/>
--------------	--------------------------

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

C A U S A

--

Data ___ / ___ / ___