



Scheda regionale per la Prescrizione di Albumina Umana

Allegato 4
DCA 36/2023

Nota AIFA 15

Anagrafica paziente

| | |
|---|---|
| Nome _____ | Cognome _____ |
| CODICE FISCALE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | sessu M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Residente a _____ | Via _____ |
| Medico Medicina Generale del paziente _____ | |

Indicazioni Terapeutiche:

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnosi A : Dopo paracentesi evacuativa a largo volume nella cirrosi epatica |
| Formulata in data _____ da: |
| <input type="radio"/> Reparto _____ |
| <input type="radio"/> Day Hospital _____ |
| <input type="radio"/> Ambulatorio _____ |
| <input type="checkbox"/> Diagnosi B : Grave ritenzione idrosalina nella cirrosi ascitica, nella sindrome nefrosica o nelle sindromi da malassorbimento (es. intestino corto post chirurgico o da proteino dispersione), non responsiva a trattamento diuretico appropriato, specie se associata ad ipoalbuminemia ed in particolare a segni clinici di ipovolemia |
| Formulata in data _____ da: |
| <input type="radio"/> Reparto _____ |
| <input type="radio"/> Day Hospital _____ |
| <input type="radio"/> Ambulatorio _____ |

| | |
|---|--|
| Farmaco (specialità medicinale) _____ | |
| Posologia (Modo e Tempo di somministrazione) _____ | |
| Durata prevista del trattamento _____ <i>(massimo 1 anno di trattamento)</i> | |
| <input type="checkbox"/> Prima Prescrizione | <input type="checkbox"/> prosecuzione della cura |
| Data di prescrizione _____ | |

| | |
|--|--|
| Medico Prescrittore _____ | Firma e Timbro del medico Prescrittore |
| TIMBRO DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA | |

La presente scheda va redatta in 4 copie di cui: una rimane al Prescrittore, due destinate al paziente ed una deve essere inoltrata, a cura del Centro prescrittore, al Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ASP di Residenza del paziente

Regione Calabria - Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari –
Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica - Assistenza integrativa e protesica - Farmacie convenzionate - Educazione all'uso consapevole del farmaco"
Cittadella "Jole Santelli" - Viale Europa - Loc. Germaneto 88100 Catanzaro