

REGIONE DEL VENETO
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO
 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

SCHEDA PER LA RICHIESTA DI IMMUNOGLOBULINE ASPECIFICHE EV
 Da consegnare o inviare per fax (5836) alla Farmacia IOV

Richiesta N. _____ Data _____ Tel. _____ Codice reparto 0 Descrizione reparto _____ <input type="checkbox"/> A. Ricovero /DH	<p style="text-align: center;"><i>spazio etichetta (oppure compilare in stampatello)</i></p> N°ricovero paziente Cognome _____ Nome _____ <input type="checkbox"/> B. Ambulatorio/A.integrato
--	--

INDICAZIONI	DOSAGGIO
<input type="checkbox"/> Immunodeficienza primaria, congenita o acquisita	
<input type="checkbox"/> Piastrinopenia autoimmune	
<input type="checkbox"/> Sindrome di Guillain Barrè	
<input type="checkbox"/> Malattia di Kawasaki	
<input type="checkbox"/> Miastenia gravis	
<input type="checkbox"/> Trapianto allogenico di midollo osseo	
<input type="checkbox"/> Polineuropatia infiammatoria cronica	

La somministrazione di Immunoglobuline Aspecifiche EV prevede l'acquisizione del consenso informato del paziente e la registrazione in cartella clinica del numero di lotto e della scadenza del prodotto utilizzato(DPR 1 settembre 1995 art.4.).

ALTRO.....

PRECEDENTI TERAPIE.....

SCHEMA DI TRATTAMENTO.....

N.B. Il Medico Richiedente dichiara di assumersi la responsabilità della somministrazione dell'emoderivato richiesto. Il paziente ha espresso il consenso informato.

Peso del paziente: kg.....

Grammi di Immunoglobuline aspecifiche ev necessarie per l'intero ciclo di terapia:.....

IL MEDICO RICHIEDENTE

 NOME E COGNOME IN STAMPATELLO

 FIRMA

SPAZIO RISERVATO ALLA FARMACIA

Note:

QUANTITA' CONVALIDATA.....

IL FARMACISTA.....