

UOS Farmacoconomia

Modulo di Richiesta FERINJECT

Cognome _____ Nome _____ nato il _____ Peso _____

degente presso _____ Cartella Clinica _____

ambulatoriale.

La diagnosi della carenza di ferro deve essere effettuata sulla base dei test di laboratorio.

Terapia marziale precedente

- _____
- ✓ Peso corporeo (Kg): _____
 - ✓ Ferritina Sierica (ng/ml): _____
 - ✓ Livello di Emoglobina (g/dl): _____
 - ✓ *Valore TSAT (%): _____

Dosaggio richiesto: _____

o Ferinject 50mg/ml flacone 10ml n. _____

o Ferinject 50mg/ml fiala 2ml n. _____

Diagnosi:

Anemia sideropenica in paziente:

- per il quale il trattamento con preparati a base di ferro per via orale è risultato inefficace;
- per il quale non è praticabile la somministrazione di ferro per via orale;
- per il quale si ravvisa la necessità clinica di una rapida disponibilità di ferro.

La dose massima cumulativa raccomandata 1000mg di ferro alla settimana. L'uso non è raccomandato nei bambini al di sotto di 14 anni.

Tabella 1: Determinazione del fabbisogno di ferro

Hb		Peso corporeo del paziente		
g/dL	mmol/L	inferiore a 35 kg	da 35 kg a <70 kg	≥ 70 kg e oltre
<10	<6,2	500 mg	1.500 mg	2.000 mg
da 10 a <14	da 6,2 a <8,7	500 mg	1.000 mg	1.500 mg
≥14	≥8,7	500 mg	500 mg	500 mg

Certifico che, a seguito di valutazione clinico-anamnestica:

- ✓ non esistono controindicazioni alla somministrazione di ferro per via endovenosa (in particolare, non si sono rilevate ipersensibilità specifiche, patologie infiammatorie, allergiche o del sistema immunitario).
- ✓ il/la paziente è stato/a adeguatamente informato/a sugli scopi del trattamento, sui possibili benefici e sugli eventuali effetti indesiderati ed ha espresso il suo valido consenso all'esecuzione della terapia stessa.

Il medico prescrittore (timbro e firma) _____

Data _____