

FARMACIA OSPEDALE "San Giovanni Evangelista" Tivoli
 UOC FARMACIA OSPEDALIERA Tivoli - Subiaco - Monterotondo
 Servizio Farmaceutico Territoriale Distretto Tivoli
 Tel. 0774 3164529 - 216 - 217 - 281 - 520
 Fax n. 0774 3164524
 Email farmaciainterna.tivoli@aslroma5.it

Modulo di richiesta motivata personalizzata per immunoglobulina E.V.

Unità operativa: _____

Iniziali paziente: _____ N. cartella clinica: _____

(barrare la diagnosi)

Trattamento di adulti, bambini e adolescenti (0-18 anni) che non hanno anticorpi sufficienti (terapia sostitutiva) nei seguenti casi:

- Pazienti con deficit congenito della produzione di anticorpi (sindromi da immunodeficienza primaria).
- Pazienti con deficit acquisito della produzione di anticorpi (immunodeficienze secondarie) che soffrono di infezioni gravi o ricorrenti dovute a diverse condizioni mediche (per esempio malattie oncologiche o autoimmuni o per il conseguente trattamento di tali malattie). Questi pazienti sono stati sottoposti a trattamento con antibiotici dimostratosi inefficace e non hanno avuto un incremento sufficientemente positivo del titolo di anticorpi IgG dopo la vaccinazione (vaccini antipneumococcici con antigeni polisaccaridici e polipeptidici) o un livello di IgG nel loro sangue < 4 g/l.

Trattamento di adulti, bambini e adolescenti (0-18 anni) con alcune malattie infiammatorie (immunomodulazione) nelle seguenti situazioni:

- Pazienti che non hanno sufficienti piastrine (Trombocitopenia Immune Primaria, ITP) e che sono ad alto rischio di sanguinamenti o prima di interventi chirurgici per correggere la conta piastrinica.
- Pazienti con sindrome di Guillain Barrè.
- Pazienti con morbo di Kawasaki (in combinazione con acido acetilsalicilico).
- Pazienti affetti da Poliradicoloneuropatia Cronica Infiammatoria Demielinizzante (CIDP).
- Pazienti con Neuropatia Motoria Multifocale (MMN).

Grammi richiesti (la dose e lo schema dipendono dall'indicazione): _____ gr.

Durata della terapia: _____

Data: _____

Firma e timbro del medico
