SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO PER IL TRATTAMENTO CON ORMONE DELLA CRESCITA (GH) - (Nota AIFA 39) [1]

(Da Reg. Lomb. Prot. n. H1.2005.0021815 del 22/04/2005)

Paziente _____ _____ (iniziali ove previsto)

Cognome Nome

Età _____ Data di nascita ___/___/___ Sesso M F

Codice Fiscale _____

Numero di tessera sanitaria dell'assistito _____

ASL di appartenenza dell'Assistito_____Provincia_____Regione_____

DIAGNOSI età evolutiva

bassa statura da deficit di GH

sindrome di Turner citogeneticamente dimostrata

deficit staturale nell'insufficienza renale cronica

sindrome di Prader Willi in soggetti prepuberi

☐ _____

età adulta ☐ deficit di GH

elementi caratterizzanti _____

(Picchi di GH al test da stimolo, ecc...) _____

deficit ipotalamo-ipofisari confermati _____

Formulata in data _____

Medico Specialista ☐ Dr/Prof _____

Centro _____ Telefono per comunicazioni_____

Reparto ☐ _____ Day-hospital ☐ _____

Ambulatorio ☐ _____ Altro ☐ _____

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Farmaco/i prescritto/i (Specialità)

_____

Posologia

_____

Durata prevista del trattamento[2]

_____

Prima prescrizione ☐ Prosecuzione della cura ☐

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore[3] Timbro del centro

_____ _____

- Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL di residenza ed al medico curante che ha in carico l'assistito. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda.
- Non oltre 1 anno. Per un eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda.
- I dati identificativi del medico devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni.