



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

RICHIESTA MOTIVATA E PERSONALIZZATA CARBOSSIMALTOSIO FERRICO

FERINJECT

<u>Reparto richiedente:</u>	<u>Codice C.d.C.:</u>
<u>Nome e Cognome paziente:</u>	<u>Data di Nascita:</u>
<u>Patologia:</u>	

Indicazioni Terapeutiche: Ferinject è indicato per il trattamento della carenza di ferro, quando i preparati a base di ferro per via orale sono inefficaci o non possono essere usati.

Nota Limitativa Prontuario Terapeutico Regionale

- Paziente con insufficienza renale avanzata in terapia conservativa (stadio da 3B a 5), nei nefropatici in dialisi peritoneale e nei trapiantati di rene con precedente resistenza all'efficacia della malattia marziale per os.
- Paziente con scompenso cardiaco, con funzione sistolica ridotta, classe NYHA II o III, la diagnosi di carenza di ferro dev'essere definita come livelli di ferritina sierica <100ng/ml o compresa tra 100 e 300ng/ml se la percentuale di transferrina <20%.

Dosaggio richiesto: _____

- Peso corporeo (Kg): _____
- Ferritina Sierica (ng/ml): _____
- % Transferrina: _____
- Livello di Emoglobina (g/dl): _____

Data

**Il Medico richiedente
(Timbro e Firma)**

Parte riservata al Servizio di Farmacia

Consegnati n° _____ fl Carbossimaltoso Ferrico 500mg/ml Data della consegna: __/__/____

Firma del farmacista _____

Annotazioni.....