



UTILIZZO DEL BEVACIZUMAB NEI PAZIENTI CON DEGENERAZIONE MACULARE SENILE:
RELAZIONE SUI CASI TRATTATI DA TRASMETTERE SEMESTRALMENTE AL SERVIZIO
FARMACEUTICO REGIONALE.

ASL/AO/IRCCS/STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA: _____

U.O.: _____

1. CODICE PAZIENTE: _____ DATA DI NASCITA: _____

CONDIZIONE CLINICA: _____

DATA DI PRIMA SOMMINISTRAZIONE DI BEVACIZUMAB INTRAVITREALE: _____

NUMERO TOTALE SOMMINISTRAZIONI DI BEVACIZUMAB: _____

EVENTUALI EVENTI AVVERSI*: _____

EVENTUALE SOSPESIONE DEL TRATTAMENTO E MOTIVAZIONI: _____

2. CODICE PAZIENTE: _____ DATA DI NASCITA: _____

CONDIZIONE CLINICA: _____

DATA DI PRIMA SOMMINISTRAZIONE DI BEVACIZUMAB INTRAVITREALE: _____

NUMERO TOTALE SOMMINISTRAZIONI DI BEVACIZUMAB: _____

EVENTUALI EVENTI AVVERSI*: _____

EVENTUALE SOSPESIONE DEL TRATTAMENTO E MOTIVAZIONI: _____

DATA: _____

TIMBRO E FIRMA DIRETTORE U.O.:

TIMBRO E FIRMA DIRETTORE SERV.FARMACIA.:

* in caso di eventi avversi è necessaria la compilazione della Scheda unica di segnalazione di sospetta reazione avversa (ADR) scaricabile dal sito http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/tipo_filecb84.pdf, che deve essere inviato al Responsabile di Farmacovigilanza della Struttura sanitaria di appartenenza