

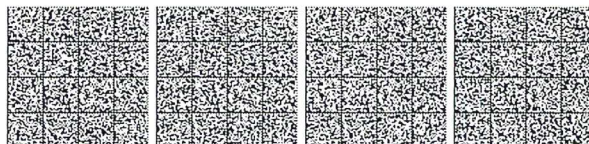
**PIANO TERAPEUTICO AIFA  
PER PRESCRIZIONE DI FATTORI  
DI CRESCITA GRANULOCITARI (ex Nota 30 e 30 bis)**

|  |              |
|--|--------------|
| Centro prescrittore _____                  |              |
| Medico prescrittore (nome e cognome) _____ |              |
| Tel. _____                                 | e-mail _____ |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Paziente (nome e cognome) _____   |   |
| Data di nascita _____             | sexso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Codice fiscale _____              |   |
| Residente a _____                 | Tel. _____  |
| Regione _____                     |   |
| ASL di residenza _____            | Prov. _____   |
| Medico di Medicina Generale _____ |   |

**La prescrizione di fattori di crescita granulocitari è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche (barrare la casella corrispondente alla condizione clinica del paziente)**

- Tattamento della neutropenia febbrile da chemioterapia**  
(*filgrastim, lenograstim, pegfilgrastim, lipegfilgrastim*)
- Neutropenia congenita**  
(*filgrastim*)
- Trapianto di midollo osseo**  
(*filgrastim, lenograstim*)
- Mobilizzazione di cellule staminali periferiche**  
(*filgrastim, lenograstim*)
- Neutropenia HIV correlata o correlata ai farmaci antiretrovirali in pazienti pluritrattati che necessitano di farmaci ad azione neutropenizzante**  
(*filgrastim*)



| Farmaco prescritto:                         |                                      |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Filgrastim         | <input type="checkbox"/> Lenograstim | <input type="checkbox"/> Pegfilgrastim           | <input type="checkbox"/> Lipegfilgrastim |
| Dosaggio: _____                             |                                      | Durata prevista del trattamento: _____           |  |
| <input type="checkbox"/> Prima prescrizione |                                      | <input type="checkbox"/> prosecuzione della cura |  |

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Timbro e firma del clinico prescrittore

**Bibliografia**

1. American Hospital Formulary Service – DRUG INFORMATION 20:16 – Hematopoietic Agents, pag. 1469 / 2004.
2. Aapro MS, Cameron DA, Pettengell R, Bohlius J, Crawford J, Ellis M, Kearney N, Lyman GH, Tjan-Heijnen VC, Walewski J, Weber DC, Zielinski C; European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Granulocyte Colony-Stimulating Factor (G-CSF) Guidelines Working Party. EORT guidelines for the use of granulocyte-colony stimulating factor to reduce the incidence of chemotherapy – induced febrile neutropenia in adult patients with lymphomas and solid tumours. Eur J Cancer. 2006; 42: 2433-53. Epub 2006 Jun 5.
3. Crawford J. Risk assessment and guidelines for first-cycle colony-stimulating factor use in the management of chemotherapy-induced neutropenia. Oncology 2006; 20: 22-8.
4. Lyman GH. Guidelines of the National Comprehensive Cancer Network on the use of myeloid growth Factors with cancer chemotherapy: a review of the evidence. J Natl Compr Canc Netw 2005; 3: 557-71.
5. Clark DA, Lyman GH, Castro AA et al.: Colony – stimulating factors for chemotherapy – induced febrile neutropenia: a metaanalysis of randomized controlled trials. J. Clin. Oncol 2005; 23: 4198 – 214.
6. Kuritzkes DR. Neutropenia, neutrophil dysfunction, and bacterial infection in patients with human immunodeficiency virus disease: the role of granulocyte colony-stimulating factor. Clin Infect Dis. 2000;30:256-60.

