

**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 \_\_\_\_\_ sesso M  F   
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Regione \_\_\_\_\_  
ASL di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

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

- Trattamento della neutropenia febbrile da chemioterapia**  
(*filgrastim, lenograstim, pegfilgrastim*)
- 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 necessitino di farmaci ad azione neutropenizzante  
(*filgrastim*)

**Farmaco prescritto:**

- Filgrastim                                       Lenograstim                                       Pegfilgrastim
- Dosaggio \_\_\_\_\_ Durata prevista del trattamento \_\_\_\_\_
- Prima prescrizione                                       prosecuzione della cura

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

Timbro e firma del clinico prescrittore