

All. B)

REGIONE MOLISE

SCHEDA DI TRATTAMENTO PER LA PRESCRIZIONE DI COLECALCIFEROLO
Da inviare al Servizio Farmaceutico della ASREM farmaceutica.territoriale@asrem.org

Paziente _____	Codice fiscale _____
Cognome _____	Nome _____
Età _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Medico Prescrittore: _____	telef. _____
----------------------------	--------------

<u>Indicare la condizione corrispondente:</u>
• Prevenzione della carenza di vitamina D:
<input type="checkbox"/> Gravidanza, allattamento
<input type="checkbox"/> Trattamento con anticonvulsivanti
<input type="checkbox"/> Trattamento con terapie corticosteroidi a lungo termine
<input type="checkbox"/> Altre condizioni cliniche documentate: _____
<input type="checkbox"/> Trattamento della carenza di vitamina D¹:
Indagine di laboratorio: valore _____ data: _____
<input type="checkbox"/> Osteoporosi: solo se associato a farmaci nota 79
Farmaco associato: _____

Programma terapeutico: Durata del trattamento (\leq un anno) _____ dosaggio prescritto: _____
Colecalciferolo mg _____ frequenza somministrazione _____
Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione cura <input type="checkbox"/>
Data _____
Firma e Timbro del medico prescrittore

¹ Il range ottimale di Vitamina D è compreso tra 30 – 50 ng/ml. Ne consegue che si somministrerà la supplementazione di Vitamina D al di sotto di 20 ng/ml e si sospenderà al di sopra di 30 ng/ml.