

**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 _____	sex 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)**

- Profilassi della neutropenia febbrile da chemioterapia**  
(filgrastim, lenograstim)
- Tattamento 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)

