

Hizentra®: Domanda di assunzione dei costi da parte delle casse malattia in caso di terapia sottocutanea con IgG

Sarà possibile evadere unicamente le domande compilate integralmente, leggibili e firmate.

Medico prescrittore

Ospedale _____ No. RCC _____

Titolo, Cognome, Nome _____

Titolo FMH _____

Indirizzo _____ NPA, Luogo _____

Telefono (incl. prefisso) _____ e-mail _____

Data _____ Firma _____



Paziente

Titolo, Cognome, Nome _____

Data di nascita (GG.MM.AAAA) _____ Sesso (m/f) _____ Lingua _____

Indirizzo _____ NPA, Luogo _____

Cantone _____ Telefono (incl. prefisso) _____

Assicurazione malattia _____ Numero di assicurazione _____

Indicazione

- Immunodeficienza primaria
- Immunodeficienza secondaria*
- Polineuropatia demielinizzante infiammatoria cronica**

altre: _____

Osservazioni/aggiunte

Dosaggio di Hizentra®

Dosaggio

Inizio programmato della terapia

Data

* Sindromi da immunodeficienza secondaria (SID) in pazienti con infezioni gravi o recidivanti, nei quali il trattamento antimicrobico è risultato inefficace e con comprovata insufficienza anticorpale vaccinale specifica (PSAF) o livello sierico delle IgG <4 g/l. PSAF = proven specific antibody failure.

** Come terapia di mantenimento dopo la stabilizzazione con immunoglobuline per via endovenosa.

Hizentra® (Immunoglobulina umana normale per la somministrazione sottocutanea [IgSC]).

Lista B; Informazioni dettagliate si trovano all'indirizzo www.swissmedicinfo.ch