



**MODELLO UNICO DI PRESCRIZIONE SERVIZIO SANITARIO  
REGIONE CAMPANIA A.S.L. A.O. MOSCATI AVELLINO**

**S A N I A R P**



MO91HL5AK1KV9C8

CENTRO PRESCRITTORE (DENOMINAZIONE): **A.O. MOSCATI AVELLINO - OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

CODICE STRUTTURA: **90508000**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT.: **ARDOVINO MARIO (AV003970)**

CODICE PRESCRITTORE: **AV003970**

IN SERVIZIO PRESSO QUESTA UNITA' OPERATIVA DICHIARA CHE IL PAZIENTE CON CODICE FISCALE:

CODICE FISCALE PAZIENTE: **DNHMR93P45Z138Q** A.S.L.: **AVELLINO**

**DIAGNOSI 1**

**ICD9**

ALTRÉ PATOLOGIE DEGLI ORGANI GENITALI FEMMINILI - PROFILASSI TVP IN PAZIENTE SOTTOPOSTA A TAGLIO CESAREO

629

ID	PRINCIPIO ATTIVO	FORMA FARMACEUTICA	DOSE	POSOLOGIA	CICLO TERAPEUTICO	FASCIA S.S.N.
1	ENOXAPARINA SODICA BIOSIMILARE*	SOLUZIONE INIETTABILE	4000 UI	1 UNITA' (4000 UI) OGNI 1 GIORNI	10 giorni	A PHT H C

**CONDIZIONI CLINICHE**

**INDICAZIONI AUTORIZZATE IN PHT DI ENOXAPARINA SODICA/ENOXAPARINA SODICA BIOSIMILARE:**

*2000/4000: PROFILASSI DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) NEI PAZIENTI CHIRURGICI A RISCHIO MODERATO E ALTO, IN PARTICOLARE QUELLI SOTTOPOSTI A CHIRURGIA ORTOPEDICA O GENERALE, COMPRESA LA CHIRURGIA ONCOLOGICA.*

**Il parte (obb. solo per i trattamenti farmacologici)**Cod.Struttura: **90508000**Cognome: **DENHINA**Nome: **MARIYA**Codice Fiscale: **DNHMRY93P45Z138Q**

Sesso:

Luogo di nascita: **UCRAINA (XX)**Data di nascita: **05/09/1993**Residenza: **AVELLINO (AV)**Indirizzo: **VIA GIUSEPPE DI VITTORIO 96**Diagnosi ICD9: **580.629****PROGRAMMA TERAPEUTICO**

per il trattamento della sua patologia necessita del farmaco:

**ENOXAPARINA SODICA BIOSIMILARE  
SOLUZIONE INIETTABILE**Dose: **4000 UI**Posologia: **1 UNITA' (4000 UI) OGNI 1 GIORNI** per (Max 6 mesi): **10 giorni**Data Inizio: **27/01/2024** Scadenza: **06/02/2024****PRIMA PRESCRIZIONE PAZIENTE NAIVE**

Motivazione per il monitoraggio sugli aspetti clinici per cui il medico prescrive ai pazienti naive farmaci a più alto costo:

Tipo Erogazione: **D01 - ALLA DIMISSIONE DA RICOVERO ORDINARIO**

<b>EROGAZIONE FARMACO: Da Compilarsi a cura della struttura farmaceutica aziendale (max 30gg)</b>				
<b>DATA</b>	<b>FARMACO EROGATO</b>	<b>QUANTITA' IN UNITA'</b>	<b>TIMBRO FARMACIA</b>	<b>FIRMA DEL FARMACISTA</b>

**EROGAZIONE FARMACO: Da Compilarsi a cura della struttura farmaceutica aziendale**


DATA: 27/01/2024

AZIENDA: *OPERA*  
 TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE *[Signature]*