

Servizio di Immunoematologia e Trasfusione – Responsabile: dott. Loredana Martinelli

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE ALLA TERAPIA CON
FERLIXIT PER VIA ENDOVENOSA**

L'USO DEL PRODOTTO PER VIA ENDOVENOSA E' LIMITATO AI PAZIENTI
NEI QUALI IL TRATTAMENTO PER VIA ORALE NON RISULTI EFFICACE E/O
ABBIA PROVOCATO DISTURBI GASTROINTESTINALI.

CONSENSO ALLA TERAPIA CON FERLIXIT PER VIA ENDOVENOSA

Io sottoscritto.....

Nato a.....il.....

Residente a..... Via

DICHIARO

di essere stato informato dal Dott.....
che tale pratica terapeutica non è esente da rischi, quali cefalea, malessere generale, senso
di calore e reazioni allergiche anche gravi.

Dichiaro, inoltre, di non essere affetto da malattie allergiche, né di aver avuto precedenti
reazioni allergiche a farmaci.

Quindi **acconsento** ad essere sottoposto alla terapia endovenosa con Ferlixit.

Firma del paziente..... Firma del medico.....

Data.....