



A.I.A.F. ONLUS

Associazione Italiana Anderson-Fabry ONLUS

Codice Fiscale 97878190582

web site: www.aiaf-onlus.org

mail: presidente@aiaf-onlus.org



AIAF Onlus - Associazione Italiana Anderson-Fabry Onlus

**MODULO DI RICHIESTA ATTIVAZIONE TERAPIA DOMICILIARE PER PAZIENTE
ANDERSON-FABRY IN TRATTAMENTO CON TERAPIA ENZIMATICA SOSTITUTIVA**

Il/La sottoscritto/a _____

In qualità di paziente

genitore del paziente minorenni _____

(completare con i dati del paziente)

Nato/ a _____ Prov. (_____) il _____

Comune _____ CAP _____ Provincia _____

Cod.Fiscale _____

Tel _____ Cell _____

E-mail _____

con diagnosi di Malattia di Anderson-Fabry, per la quale è attualmente preso in carico presso
l'Ospedale (denominazione) _____

sito in (Via, n°, città) _____

dal Medico Specialista _____

in cura con terapia enzimatica sostitutiva, che viene somministrata presso l'Ospedale

reparto _____

CHIEDE

l'attivazione della **somministrazione in regime domiciliare** della terapia enzimatica sostitutiva, come già previsto dal "*Documento sulla somministrazione a domicilio di farmaci ad alto costo per persone con malattia rara*" del 07/11/2012 approvato dalla Commissione Salute e dalla Conferenza Regioni e PPAA e con le stesse modalità in cui viene attualmente eseguita in gran parte del territorio nazionale.

Con la firma della presente, si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

In fede.

Data _____ Firma del Paziente _____

Parte riservata al centro dove il paziente infonde la terapia enzimatica:

Il sottoscritto _____, medico specialista di riferimento del paziente
_____, conferma l'eleggibilità e l'idoneità del paziente alla
somministrazione a domicilio della terapia enzimatica sostitutiva con _____

Firma del medico specialista di riferimento

Data _____