



PRESCRIZIONE FARMACO EYLEA

Al Direttore Farmacia Ospedale _____

Data _____

Si richiede per il paziente _____

_____ nato a _____ il _____

EYLEA per

- il trattamento negli adulti della degenerazione maculare neovascolare (essudativa wAMD) correlata all'età
- il trattamento negli adulti della compromissione della vista dovuta ad edema maculare secondario a occlusione della vena centrale della retina (CRVO) trattasi di
- nuovo paziente
- paziente già in trattamento

Il Dirigente Medico Responsabile (timbro e firma)
