

APPENDICE N. 1

Appendice n° 1 – Modulistica richiesta farmaci:

Albumina

Antibiotici a monitoraggio

Antimicotici a monitoraggio

Ertapenem

Soluzioni concentrate di potassio

Richiesta farmaci ad elevato costo

Richiesta farmaci stupefacenti Tabella IID

Richiesta motivata per Dronedarone

Richiesta motivata per Pegfilgrastim

Richiesta ImmunoGlobuline e.v. e s.c.

Richiesta Gas Medicali in bombole

Richiesta farmaci non compresi nel P.T.A.

MODULO DI RICHIESTA ALBUMINA UMANA

Data _____ Reparto _____
 Paziente _____ Data di nascita _____

Albuminemia (g/dl) _____ (<2,5 g/dl) Protidemia totale (g/dl) _____ In data: _____

USO INAPPROPRIATO DI ALBUMINA

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Albuminemia > 2,5 g/dl Malnutrizione, malassorbimento Cicatizzazione delle ferite Ipoalbuminemia cronica in assenza di edemi e/o ipotensione acuta | <ul style="list-style-type: none"> Ischemia cerebrale (unica scelta: cristalloidi) Dialisi (prima scelta: cristalloidi) Mobilizzazione ascite |
|--|--|

INDICAZIONI ALL'USO DELL'ALBUMINA

PATOLOGIE ACUTE

<input type="checkbox"/>	Paracentesi	4 g di albumina /litro di liquido ascitico estratto, dopo paracentesi di volumi superiori ai 4 litri, in unica soluzione al termine della paracentesi. Se il volume di liquido ascitico è minore, i cristalloidi sono la scelta corretta
<input type="checkbox"/>	Ictero neonatale grave	Albumina non contemporaneamente a fototerapia e non prima della trasfusione di scambio
<input type="checkbox"/>	Plasmaferesi	Albumina per scambio > 20 ml/Kg in una seduta o > 20 ml/Kg/sett. in sedute successive
<input type="checkbox"/>	Interventi di chirurgia maggiore	1. scelta: soluzioni di cristalloidi; 2. scelta: soluzioni di colloid sintetici; Uso albumina: quando i colloid sintetici sono controindicati o se albuminemia < 2 g/dl dopo la normalizzazione della volemia,
<input type="checkbox"/>	ARDS Sindrome da insufficienza respiratoria nell'adulto	Albumina solo dopo normalizzazione della permeabilità dei capillari polmonari (uso profilattico può essere pericoloso).
<input type="checkbox"/>	Shock emorragico	1. scelta: soluzioni di cristalloidi; 2. scelta: soluzioni di colloid sintetici. L'Albumina, in genere controindicata, può essere usata solo: <ul style="list-style-type: none"> se necessaria una restrizione di sodio (albumina 20% diluita al 5% con glucosata al 5%) se documentata sensibilizzazione ai colloid sintetici.
<input type="checkbox"/>	Shock non emorragico (da alterazioni della distribuzione – Anasarca)	1. scelta: soluzioni di cristalloidi; 2. scelta: colloidisintetici in caso di edema polmonare e/o periferico ed in assenza di risposta dopo infusione di almeno 2 litri di cristalloidi. Albumina solo se documentata sensibilizzazione ai colloid sintetici.
<input type="checkbox"/>	Ustioni	1. scelta: soluzioni di cristalloidi; 2. scelta: associazioni di colloid sintetici e cristalloidi solo se coesistono le seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> Le ustioni interessano più del 50% della superficie corporea; Sono trascorse più di 24 ore dal momento in cui sono avvenute le ustioni; Il trattamento con cristalloidi non ha corretto l'ipovolemia. Albumina solo se documentata sensibilizzazione ai colloid sintetici.
PATOLOGIE CRONICHE		
<input type="checkbox"/>	Sindrome nefrosica grave	Albumina solo nei pazienti resistenti ai diuretici con albuminemia < 2g/dl con ipovolemia e/o edema polmonare e/o insufficienza renale acuta.
<input type="checkbox"/>	Cirrosi epatica avanzata	In pazienti con albuminemia < 2g /dl, se non responsivi alla terapia diuretica: somministrazione intraospedaliera di 10 g/die di albumina eventualmente seguita da 20 g/sett in terapia domiciliare.
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)	

Disponibili in Farmacia: CRISTALLOIDI → Ringer lattato (prima scelta), fisiologica, glucosata 5%;
 COLLOIDI SINTETICI → Poligelina (Emagel), Idrossietilamido (Voluven)

SI RICHIEDONO N. _____ FLACONI DI ALBUMINA 20% 50 ML

DOSE GIORNALIERA _____ DURATA PREVISTA TERAPIA _____

MEDICO RICHIEDENTE _____

SPAZIO RISERVATO ALLA FARMACIA

Richiesta pervenuta il _____ Consegnati n° _____ flaconi Lotto n° _____

Valutazione del R.A.Q. _____ Firma del R.A.Q. _____

Unità Operativa Ospedale Data

Nome e Cognome data di nascita

SEDE DI INFEZIONE

<input type="checkbox"/> Batteriemia/sepsi	<input type="checkbox"/> Cute e Tessuti Molli
<input type="checkbox"/> Endocardite	<input type="checkbox"/> Infezione endo-addominale
<input type="checkbox"/> Infezione Piede Diabetico	<input type="checkbox"/> Infezione vie urinarie <input type="checkbox"/> Alte <input type="checkbox"/> Basse
<input type="checkbox"/> Infezione post-chirurgica	<input type="checkbox"/> Osteomielite
sede di intervento	
<input type="checkbox"/> Polmonite	<input type="checkbox"/> Altra infezione ⇒ specificare
<input type="checkbox"/> Nosocomiale in paziente NON in ventilazione invasiva <input type="checkbox"/> Nosocomiale in paziente in ventilazione invasiva <input type="checkbox"/> Di comunità	

TERAPIA

<input type="checkbox"/> Mirata su antibiogramma	<input type="checkbox"/> Empirica
organismo/i isolato/i sito di isolamento	<input type="checkbox"/> in attesa di antibiogramma <input type="checkbox"/> con impossibilità raccolta campione per esame batteriologico specificare motivazione..... <input type="checkbox"/> per fallimento clinico antibiotici di prima scelta specificare quali.....

Farmaci	limitazioni	Dose/die	richiesto	erogato
<input type="checkbox"/> daptomicina 350 mg f (CUBICIN)	<ul style="list-style-type: none"> Endocardite infettiva del cuore destro (RIE) da Staphylococcus aureus. Infezioni complicate di cute e tessuti molli in assenza di alternative 			
<input type="checkbox"/> daptomicina 500 mg f (CUBICIN)				
<input type="checkbox"/> Imipenem + cilastatina f. 500 mg (TIENAM/TENACID)	Da NON utilizzare in caso di rischio epilettogeno			
<input type="checkbox"/> Levofloxacin 500 mg f. (LEVOXACIN/TAVANIC)	Utilizzare per il più breve periodo necessario. Appena possibile, vista l'elevata biodisponibilità passare alla forma orale.			
<input type="checkbox"/> Linezolid cp 600 mg OS (ZYVOXID)	Solo in caso di antibiogramma specifico con resistenza o fallimento delle molecole di prima scelta e dei glicopeptidi.			
<input type="checkbox"/> Linezolid sacca 2mg/ml (ZYVOXID)				
<input type="checkbox"/> Meropenem f. 500 mg (MERREM)	Solo in caso di controindicazioni all'imipenem			
<input type="checkbox"/> Meropenem f. 1 g (MERREM)				
<input type="checkbox"/> Teicoplanina f. 200 mg (TARGOSID)	Solo in caso di resistenza e/o fallimento delle molecole di prima scelta e della vancomicina			
<input type="checkbox"/> tigeciclina 50 mg f (TYGACIL)	Solo in terapia mirata in <ul style="list-style-type: none"> infezioni di cute e tessuti molli con MRSA con MIC di vancomicina > 1 infezioni intraaddominali da G negativi in assenza di alternative 			

si evadono quantitativi per max 8 gg di terapia

Terapia antibiotica in associazione:

.....
timbro e firma del Medico prescrittore

Il Farmacista che valuta la richiesta.....

NB: Le richieste non integralmente compilate non saranno evase

Unità Operativa Ospedale Data

Nome e Cognome data di nascita

DIAGNOSI

Patologia di base emopatia maligna tumore solido trapianto Altro _____

Infezione fungina sede _____

<p>Provata</p> <p><input type="checkbox"/> evidenza istologica</p> <p><input type="checkbox"/> isolamento del micete _____</p> <p>da (specificare il campione) _____</p>	<p>Probabile/Possibile</p> <p>In base a (specificare i criteri) _____</p>
---	---

Empirica **paziente febbrile non rispondente al fluconazolo (dopo 48-72h)**

TERAPIA

Farmaci	Motivazioni	Dose/die	richiesto	erogato
<input type="checkbox"/> Amfotericina lipidica 100 mg fiale ev (Abelcet)	- Candidemia in pazienti neutropenici - Come seconda scelta nel caso di pazienti resistenti o intolleranti nelle candidiasi e nelle aspergillosi - terapia delle infezioni da LIEVITI NON-CANDIDA E MUFFE NON-ASPERGILLUS prima di iniziare il trattamento in pazienti con preesistente nefropatia o che hanno già presentato insufficienza renale, deve essere eseguito un monitoraggio della funzione renale e, durante la terapia, almeno una volta alla settimana			
<input type="checkbox"/> Caspofungina 70 mg fiale (Cancidas)	- Candidemia in pazienti neutropenici e non - Come seconda scelta nel caso di pazienti resistenti o intolleranti al fluconazolo nelle candidiasi INEFFICACE IN CASO DI LIEVITI NON-CANDIDA E MUFFE NON-ASPERGILLUS -terapia empirica			
<input type="checkbox"/> Caspofungina 50 mg fiale (Cancidas)				
<input type="checkbox"/> Voriconazolo 200 mg fiale (Vfend)	Prima scelta nel trattamento dell'aspergillosi Tenere presente che la via orale ha una biodisponibilità sovrapponibile a quella endovenosa, per cui utilizzarla o da subito, oppure appena le condizioni del paziente lo consentono			
<input type="checkbox"/> Voriconazolo 200 mg cp (Vfend)				

si evadono quantitativi per max 8 gg di terapia

Antimicotici utilizzati in precedenza:

.....
timbro e firma del Medico prescrittore

Il Farmacista che valuta la richiesta.....

NB: Le richieste non integralmente compilate non saranno evase



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

FARMACI SOTTO MONITORAGGIO

per recente introduzione in prontuario

RICHIESTA ERTAPENEM (INVANZ® 1g/20 ml flac. ev)

Presidio di _____ Reparto _____ Data _____

Paziente (nome e cognome) _____ data di nascita _____

Caratteristiche del paziente candidabile

Barrare le caselle attinenti al caso

non ci sono presupposti per pensare alla presenza di Pseudomonas perché il paziente arriva dalla comunità

soggetto trattato nei mesi precedenti con cefalosporine di 3^a generazione o fluorochinoloni

soggetto portatore di cateteri urinari, in assenza di evidenze recenti di infezioni da Pseudomonas o di immunodepressione

soggetto anziano proveniente da RSA

- + in assenza di recenti infezioni da Pseudomonas (se recenti infezioni da MRSA associarlo a glicopeptide)
- + non immunodepresso (uso cronico di steroidi ed immunosoppressori)
- + non ospedalizzato negli ultimi 3 mesi
- + previa attenta valutazione di possibile infezione polimicrobica

Indicazione

1^a scelta

Infezioni addominali

Infezioni ginecologiche acute

Sepsi in paziente comunitario di possibile origine addominale-ginecologica-piede diabetico-polmoni, in attesa della definizione eziologica con almeno un segno di disfunzione d'organo

2^a scelta

Infezioni di cute e tessuti molli del piede diabetico (in assenza di segni clinici sospetti per Pseudomonas, ad es. essudato giallo-verde, ulcera che non ha risposto a precedente terapia antibiotica)

Polmonite acquisita in comunità

Terapia mirata

sensibile ai carbapenemici (molecole testate imipenem e meropenem)

- + assenza di Pseudomonas- Acinetobacter- Enterococcus fecalis e fecium
- + presenza di ESBL produttori G- (ad esempio E. coli, Proteus mirabilis, K. pneumoniae)
- + eventuale concomitanza di anaerobi

Richiesta

Posologia: 1 flac/die durata terapia (gg) _____ n° flac richiesti _____

Il Medico richiedente

	GESTIONE DELLE SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO	File: farmacia\farmaci\procedure\ Proc gestione soluz potassio rev1
	ALLEGATO 7 MODULO PER L'APPROVVIGIONAMENTO	

SERVIZIO DI FARMACIA OSPEDALIERA

OSPEDALE DI _____ **SOC** _____

Si richiedono alla SOC _____

- n° _____ fiale di **Potassio cloruro (KCl) 2 mEq/ml F.4 da 10 ml**
- n° _____ fiale di **Potassio Aspartato 3 mEq/ml da 10 ml**
- n° _____ fiale di **Potassio fosfato 2 mEq/ml da 10 ml**

Data,

Timbro e firma
 del Dirigente Medico richiedente

Se l'approvvigionamento viene effettuato presso una SOC diversa dalla Farmacia Ospedaliera, la SOC fornitrice deve far pervenire comunque questo modulo alla Farmacia.

REPARTO _____
CODICE _____
DATA _____

**RICHIESTA DI FARMACI AD ELEVATO COSTO
COMPRESI NEL P.T.O. PER SINGOLO PAZIENTE**

Per il paziente:

_____ (cognome) _____ (nome) _____ (data di nascita)
Diagnosi: _____

Si richiedono n. _____ confezioni del seguente farmaco:

denominazione, dosaggio, forma farmaceutica, via di somministrazione:

_____ Posologia/die: _____ durata del trattamento: _____

MOTIVAZIONE dell'assenza di alternativa terapeutica:

Il Medico Richiedente

N.B.: la presente richiesta sarà evasa dalla Farmacia solo se compilata in ogni sua parte.

ELENCO FARMACI AD ALTO COSTO COMPRESI NEL P.T.O.

PRINCIPIO ATTIVO	NOME COMMERCIALE
Immunoderivati	ADVATE, AIMAFIX, ALPHANATE, AT III, BENEFIX, EMOCLLOT, HAEMATE P, NOVOSSEVEN, PRONATIV, UMAN COMPLEX
Interferoni pegilati	PEGASYS, PEGINTRON
Levetiracetam	KEPPRA EV FL
Farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA x indicazioni non monitorate	Es.: MABTHERA (x LLC), REMICADE (x Crohn e RCU), VELCADE (in regime VTD), etc...
Ziconotide	PRIALT

per la Farmacia:

Lotto (immunoderivati):



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

Modulo per la richiesta Farmaci Stupefacenti
Tabella II D (legge 38/2010)

Ospedale di **Alba Bra** SOC _____

	FARMACO	N° CONF RICHIESTE
	EFFENTORA*4CPR MUCOSAOS 100MCG	
	EFFENTORA*4CPR MUCOSAOS 200MCG	
	FENTANIL ZENTIVA*3CER 50MCG/ORA	
	MATRIFEN*3CER 12MCG/ORA	
	MATRIFEN*3CER 25MCG/ORA	
	ORAMORPH*OS 20FL 5ML 10mg	
	TARGIN*28CPR 10MG+5MG R.P.	
	TARGIN*28CPR 20MG+10MG R.P.	
	TARGIN*28CPR 5MG+2,5MG R.P.	
	TRANSTEC*3CER 35mcg	
	TRANSTEC*3CER 52,5mcg	
	TWICE*16CPS R.P. 10mg	
	TWICE*16CPS R.P. 30mg	

Data _____

Timbro e Firma di un
Dirigente Medico



www.regione.piemonte.it/sanita



Sistema Sanitario Regionale del Piemonte



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

**RICHIESTA MOTIVATA PER SINGOLO PAZIENTE
PER DRONEDARONE CPR**

REPARTO: CENTRO DI COSTO

Data

Paziente (nome e cognome)..... Data di nascita

Diagnosi: in pazienti adulti, clinicamente stabili, con fibrillazione atriale parossistica o persistente per il mantenimento del ritmo sinusale a seguito di cardioversione con esito soddisfacente.

SI RICHIEDE IL SEGUENTE FARMACO:

MULTAQ 400 mg CPR RIV
(dose/die)	(fabbisogno per giorni)

In assenza delle seguenti **CONTROINDICAZIONI:**

- Condizioni emodinamiche instabili
- Insufficienza cardiaca pregressa o in corso, o disfunzione ventricolare sistolica sinistra
- Fibrillazione atriale permanente (durata della FA \geq 6 mesi o non nota e tentativi di ripristino del ritmo sinusale non più considerati attuabili dal medico)
- Tossicità epatica e polmonare correlate al precedente impiego di amiodarone

MOTIVAZIONE della NON somministrazione di AMIODARONE:

Distiroidismo

Altro (specificare).....

La terapia era già in corso a domicilio: SI NO

(Se NO, il paziente ha effettuato il corretto wash-out da amiodarone di 15 giorni? SI NO)

Il Medico richiedente
(Cardiologo, Internista, Geriatra, M di
Medicina d'Urgenza)



www.regione.piemonte.it/sanita



Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

RICHIESTA NEULASTA PER SINGOLO PAZIENTESERVIZIO: **ONCOLOGIA MEDICA** **CENTRO DI COSTO**.....

Data.....

Paziente.....Età.....

Diagnosi.....

SI RICHIEDONO N. CONFEZIONI DEL SEGUENTE FARMACO:

NEULASTA 6mg
denominazione**FIALE**
forma farmaceutica**SOTTOCUTANEA**
via di somministrazione1fiala da 6mg
dose.....
n° previsti di cicli.....
fabbisogno**MOTIVAZIONE** (specificare):

Paziente con precedente neutropenia da chemioterapia di grado 4 (neutrofili <500/mmc) associata ad almeno uno dei seguenti fattori:

- Scarsa compliance alla terapia domiciliare
- Intolleranza al G-CSF
- Neutropenia protratta (non coperta dall'uso di 6 fiale di G-CSF)
- Altro.....

Il medico richiedente

Modulo di Richiesta Ig Vena

DATI ANAGRAFICI ASSISTITO

COGNOME

NOME

ASL RESIDENZA ASL CN2

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

CODICE FISCALE

RESIDENTE A

IN VIA/C.SO/P.ZZA

N°

MEDICO DI BASE /PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

INDICAZIONE PATOLOGIA

CODICE ICD 9-CM (SE PRESENTE)

POSOLOGIA / DIE

DURATA TRATTAMENTO

FARMACO USATO

IN LABEL
 OFF LABEL

NB: Nel caso di utilizzo "off label", al di fuori delle indicazioni previste dall'allegato a questo modulo occorre allegare i riferimenti scientifici.

Nel caso di prescrizione "off label" il medico prescrittore dichiara di assumere la responsabilità del trattamento e di avere acquisito il consenso informato del paziente, dal quale risulti che egli è consapevole degli aspetti relativi alla mancata valutazione del farmaco da parte del Ministero della Salute per l'indicazione, i dosaggi o la via di somministrazione utilizzati e la mancanza di una valida alternativa terapeutica.

DATA

TIMBRO E FIRMA

Spazio riservato alla farmacia

CODICE	QUANTITA'	COSTO UNITARIO	COSTO/DIE	COSTO/CICLO

ELENCO DIAGNOSI ICD9-CM PER L'IMPIEGO DI IG VENA

Gruppo nosologico	Patologia o gruppo	ICD9-CM	
Malattie infettive	Sindrome di Guillain-Barrè	136.1	
	Sindrome postpoliomelitica	138	
Neoplasie	Leucemia linfatica cronica a cellule B	204.1	
Malattie endocrine, della nutrizione, metaboliche e del sistema immunitario	Ipgammaglobulinemia non specificata	279.00	
	Altri deficit selettivi di immunoglobuline	279.03	
	Ipgammaglobulinemia congenita	279.04	
	Immunodeficienza con IgM aumentate	279.05	
	Immunodeficienza comune variabile	279.06	
Patologie del sangue	Anemia emolitica autoimmune	283.0	
	Anemia aplastica	284.0-9	
	Anemia di Blackfan-Diamond	284.01	
	Emofilia acquisita da anticorpi anti-fattore VIII	286.5	
	Malattia di von Willebrand acquisita	286.5	
	Porpora allergica /Sindrome di Schonlein-Henoch	287.0	
	Porpora trombocitopenica idiopatica	287.31	
	Refrattarietà alla trasfusione di piastrine	287.4	
	Neutropenia immunomediata	288.09	
	Neutropenia immunomediata dell'adulto	288.09	
	Sindrome da anticorpi antifosfolipidi	289.81	
	Patologie del sistema nervoso e degli organi di senso	Encefalomielite acuta disseminata (ADEM)	321.61
		Sindrome dell'uomo rigido	333.91
		Sclerosi multipla	340
Neuromielite ottica		341.0	
Mielite acuta (trasversa) SAI		341.20	
Mielite acuta (trasversa) in condizioni patologiche specificate altrove		341.21	
Altre malattie demielinizzanti del sistema nervoso centrale		341.8	
Malattia demielinizzante del sistema nervoso centrale, non specificata		341.9	
Epilessie infantili intrattabili (Spasmi infantili con epilessia intrattabile)		345.61	
Polineuropatia idiopatica progressiva		356.4	
Altre specificate neuropatie periferiche idiopatiche		356.8	
Neuropatia periferica idiopatica non specificata		356.9	
Polineuropatia demielinizzante infiammatoria cronica		357.81	
Miastenia grave senza (acuta) esacerbazione		358.00	
Miastenia grave con (acuta) esacerbazione		358.01	
Sindrome miastenica di Lambert-Eaton (Sindromi miasteniche in patologie classificate altrove)		358.1	
Miopia infiammatoria sintomatica in malattie classificate altrove		359.6	
Miosite da corpi inclusi	359.71		

Gruppo nosologico	Patologia o gruppo	ICD9-CM
Patologie del sistema circolatorio	Poliarterite nodosa	446.0
	Sindrome di Kawasaki	446.1
	Angioite da ipersensibilità	446.2
	Granulomatosi di Wegener	446.4
Patologie del sistema genitourinario	Sindrome nefrosica con lesioni da glomerulonefrite membranosa	581.1
Patologie della cute e del tessuto	Dermatosi bullose	694
	Pemfigo	694.4
	Pemfigoide	694.5
	Pemfigoide benigno delle membrane mucose	694.6
Patologie del tessuto muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	Lupus eritematoso sistemico	710.0
	Dermatomiosite	710.3
	Polimiosite	710.4
Anomalie congenite	Blocchi cardiaci congeniti	746.86
Condizione specifiche del periodo perinatale	Malattia emolitica del neonato	773.0-5
	Trombocitopenia alloimmune/autoimmune neonatale	776.1
	Neutropenia neonatale transitoria	776.7
Altro		

Al fine della prescrivibilità occorre compilare il modulo di prescrizione allegato ed inserire la prescrizione all'interno del sistema di gestione del file F. Nel caso la patologia per cui avviene la prescrizione non fosse presente nell'elenco occorre compilare l'apposito modulo di richiesta corredato dalla letteratura a supporto.

Soc _____

Codice _____

Data __ / __ / ____

RICHIESTA DI BOMBOLE DI OSSIGENO

La richiesta deve essere inviata VIA MAIL al seguente indirizzo
farmacia.alba@aslcn2.it

Il giorno previsto per la consegna è il seguente:
GIOVEDI'

SI RICHIEDONO

CODICE MAGAZZINO	DESCRIZIONE ARTICOLO	Codice DITTA	QUANTITA'
15 OSSP 02	Bombola ossigeno LT 2 con valvola riduttrice	90XP02HC002	NR _____
15 OSSP 03	Bombola ossigeno LT3 con valvola riduttrice	90XP02HC003	NR _____
15 OSSP 05	Bombola ossigeno LT 5 con valvola riduttrice	90XP02HC005	NR _____
15 OSSP 07	Bombola ossigeno LT 7 con valvola VI o VP	90X002HC007	NR _____
15 OSSN 40	Bombola ossigeno LT 40/50 con valvola VI o VP	90X002BB	NR _____
8 BIOS 02	Bombola diossido di carbonio (CO2) FU LT 7	9CD002HC007	NR _____

NB: Al momento della consegna devono essere prontamente disponibili le bombole vuote, che saranno contestualmente ritirate dall'operatore incaricato.

IN CASO DI EMERGENZA (ovvero nei giorni e negli orari di chiusura della farmacia), le bombole di ossigeno sono stoccate in depositi specifici cui è possibile accedere tramite chiave custodita in portineria.

Sarà cura del personale di reparto segnalare su apposito registro (custodito in prossimità delle bombole) l'avvenuto prelievo.

Soc _____

Codice _____

Data __ / __ / ____

RICHIESTA DI BOMBOLE DI GAS MEDICALI

La richiesta deve essere inviata VIA MAIL al seguente indirizzo
farmacia.bra@aslcn2.it

Il giorno previsto per la consegna è il seguente:
MARTEDI'

SI RICHIEDONO

CODICE MAGAZ	DESCRIZIONE ARTICOLO	Codice AIC	Q.TA' RICHIESTA	Q.TA' EROGATA	VUOTI
15OSSP2	Bomb. ossigeno LT 2 con valvola riduttrice	038944017	NR _____	NR _____	NR _____
15OSSP06	Bomb. ossigeno LT 2 con valvola VI o VP	038944132	NR _____	NR _____	NR _____
15OSSP04	Bomb. ossigeno LT 3 con valvola VI o VP	038944258	NR _____	NR _____	NR _____
15OSSP09	Bomb. ossigeno LT 5 con valvola VI o VP	038944157	NR _____	NR _____	NR _____
15OSSP05	Bomb. ossigeno LT 5 con valvola riduttrice	038944031	NR _____	NR _____	NR _____
15OSSP07	Bomb. ossigeno LT 7 con valvola VI o VP	038944169	NR _____	NR _____	NR _____
8AZOT4	Bomb. protossido d'azoto KG 30	039292065	NR _____	NR _____	NR _____
8BIOS30	Bomb. biossido di carbonio KG 30		NR _____	NR _____	NR _____

NB: Al momento della consegna devono essere prontamente disponibili le bombole vuote, che saranno contestualmente ritirate dall'operatore incaricato.

IN CASO DI EMERGENZA (ovvero nei giorni e negli orari di chiusura della farmacia), le bombole di ossigeno sono stoccate in depositi specifici cui è possibile accedere tramite chiave custodita in portineria.

Sarà cura del personale di reparto segnalare su apposito registro (custodito in prossimità delle bombole) l'avvenuto prelievo.

REPARTO/SERVIZIO _____
CENTRO DI COSTO _____
SEDE _____

RICHIESTA FARMACI NON COMPRESI NEL P.T.A. PER SINGOLO PAZIENTE

Data

Paziente
(cognome) (nome) (data di nascita)

Patologia motivante la terapia

SI RICHIEDE IL SEGUENTE MEDICAMENTO:

.....
(denominazione, forma farmaceutica) (dose/die) (fabbisogno per giorni)

MOTIVAZIONE (barrare e compilare):

- Paziente già in terapia domiciliare, farmaco NON sostituibile con altro presente in PTA (specificarne la motivazione.....)
- Paziente già in terapia prescritta da altro ospedale
- Prescrizione di centro specialistico di riferimento per la patologia (es. malattia rara)
- Farmaco di nuova prescrizione, non sostituibile con altri presenti in PTA, perché:
 - il PTA non comprende altri farmaci con specifica indicazione
 - il PTA comprende farmaci con uguale indicazione ma non utilizzabili in quanto

MEDICO RICHIEDENTE

RESPONSABILE DEL REPARTO/SERV.

Spazio riservato alla Farmacia:

il farmaco è presente nel PT Regionale SI NO

Il costo del farmaco è di €:.....

Suggerimenti per una possibile alternativa farmaceutica

La Farmacia Osp. esprime parere FAVOREVOLE
 NON FAVOREVOLE, perché

IL FARMACISTA

La Direzione Sanitaria Osp. APPROVA l'acquisto del farmaco
 NON APPROVA l'acquisto del farmaco

IL DIRETTORE SANITARIO

APPENDICE N. 2

Modulistica per inserimento farmaco in PTA:

Proposta di inserimento nel PTA di nuovi farmaci



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

REGIONE PIEMONTE

AZIENDA SANITARIA LOCALE CN2 ALBA - BRA
COMMISSIONE TERAPEUTICA AZIENDALE (C.T.A.)

Prot. N. _____ del _____
REPARTO/SERVIZIO _____
SEDE _____

All'att.ne della Segreteria della
COMMISSIONE TERAPEUTICA AZIENDALE
c/o S.O.C. Assist. Farmaceutica Ospedaliera

**PROPOSTA DI INSERIMENTO
NEL PRONTUARIO TERAPEUTICO AZIENDALE DI NUOVI FARMACI**

Il sottoscritto Dr. _____, qualifica _____
propone l'inserimento nel P.T.A. e del farmaco (principio attivo) _____
forma farmaceutica e dosaggi _____ via di somministrazione _____
per le seguenti indicazioni terapeutiche: _____

Dose media/die o pro kg _____ Durata media del trattamento _____

Indicare il/i **farmaco/i di pari impiego** già presente/i in PTA:

.....

Il nuovo farmaco, rispetto alle alternative esistenti, andrebbe a: sostituirsi affiancarsi

Vantaggi attribuiti al farmaco di cui si chiede l'inserimento, rispetto a quelli di pari impiego già in PTO:

- nuova indicazione
- nuova formulazione
- maggiore efficacia clinica
- tollerabilità/sicurezza
- utilizzabile in una sotto-popolazione con particolari caratteristiche
- miglior rapporto costo/efficacia
- altro (descrivere)

COSTO DEL TRATTAMENTO presunto per paziente N° pazienti/anno:.....

BENEFICI ATTESI RISPETTO ALLA TERAPIA DI RIFERIMENTO DISPONIBILE:

.....
.....
.....

BIBLIOGRAFIA DEGLI STUDI CLINICI SUL FARMACO PROPOSTO

Si allegano i seguenti articoli a supporto della richiesta:

- studi RCT
- metanalisi di studi RCT
- linee-guida
- case-report
- studi di farmacoeconomia
- altro

IL MEDICO PROPONENTE

IL DIRETTORE DI S.O.C.

APPENDICE N. 3

Appendice n° 3 – Modelli per Piani Terapeutici:

Modulo per la redazione di Piani Terapeutici (P.T.)

Piano Terapeutico per ex-nota 12 (P.T.12)

Piano Terapeutico per ex-nota 30 (P.T.30)

Piano Terapeutico per interferoni (P.T.-i)

Piano Terapeutico per dronedarone (P.T.-d)

Piano Terapeutico per lamivudina (P.T.-l)

Piano Terapeutico per prasugrel (P.T.-p)

Piano Terapeutico per ranolazina (P.T.-r)

S.O.C./ AMBULATORIO DI _____

Note AIFA 2004 (revisione delle note CUF) - (G.U. n. 259 del 04.11.2004 suppl. ordin. n. 162)

Redazione di piano terapeutico previsto dalle "note A.I.F.A." del 29 ottobre 2004

Il **piano terapeutico** deve essere redatto in triplice copia:

- 1) una copia deve essere inviata a, cura della SOC o SOS autrice del piano, al Servizio Assistenza Farmaceutica Territoriale - C.so Nino Bixio, 22 - 12051 ALBA - Tel. e fax: 0173-599803
- 2) una copia deve essere consegnata al paziente per il medico curante (Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta)
- 3) una copia deve essere tenuta nella cartella clinica del paziente, come documentazione.

Avvertenze:

- a) la durata massima del piano terapeutico è di 1 anno, se non diversamente specificato dallo specialista. Pertanto altre diciture, con riferimento improprio alla sua durata (es. per tutta la vita) non sono valide;
- b) si evidenzia come, senza la presenza di questo documento, il medico curante (medico di medicina generale o pediatra di libera scelta) non può prescrivere il farmaco, mettendo il paziente nell'impossibilità di avere la prescrizione farmaceutica a carico del SSN.
- c) è sempre il medico specialista ad essere responsabile della compilazione del piano terapeutico nonché della corretta prescrizione farmacologica.

•Cognome e nome del paziente: _____

•codice fiscale _____

•indirizzo _____

•Patologia (diagnosi) per cui viene prescritto il farmaco, con riferimento alla nota A.I.F.A. n°

•Farmaco _____

•Posologia _____

•Durata del piano terapeutico _____

Data di redazione

Timbro della S.O.C. o S.O.S o dell'ambulatorio
Firma leggibile del medico

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI DRONEDARONE

Centro prescrittore _____
 Medico prescrittore (nome e cognome) _____
 Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____
 Data di nascita _____ Sesso M F
 Codice fiscale _____
 Residente a _____ Tel. _____
 Regione _____
 ASL di residenza _____ Prov. _____
 Medico di Medicina Generale _____

La prescrizione di dronedarone è a carico del SSN solo prescritta dal medico cardiologo, internista, geriatra e medico di medicina d'urgenza e se rispondente alle seguenti condizioni:

TIPOLOGIA DI PAZIENTI

Adulti clinicamente stabili con: anamnesi di fibrillazione atriale (FA) FA non permanente in corso

MOTIVAZIONE PER CUI È STATO PRESCRITTO IL FARMACO (COME ALTERNATIVA ALL'AMIODARONE)

- per prevenire una recidiva di FA per diminuire la frequenza di risposta ventricolare in corso di FA non permanente

MOTIVO DELLA NON SOMMINISTRAZIONE DI AMIODARONE

- IPERSENSIBILITA' ALLO IODIO
 PRECEDENTE DISTIROIDISMO DA AMIODARONE DOCUMENTATO
 ALTRE PRECEDENTI REAZIONI AVVERSE O CONTROINDICAZIONI ALL'AMIODARONE, _____
 ALTA PROBABILITA' DI DISTIROIDISMO DA AMIODARONE BASATA SU, specificare: alterazione della funzione tiroidea
 malattia autoimmune tiroidea
 gozzo
 altro (_____)

DOSE E DURATA DEL TRATTAMENTO

Dronedarone 400 mg compresse

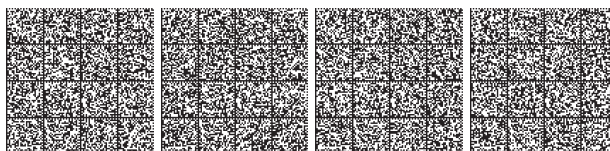
Dose/die: _____ Durata prevista del trattamento: _____

Indicare se: Prima prescrizione Prosecuzione della cura

Data (gg/mm/aaaa) ____/____/____

Timbro e firma del medico prescrittore

10A09662



PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE SSN DI ERITROPOIETINE (ex Nota 12)

Centro prescrittore _____ Medico prescrittore (nome e cognome) _____ Tel. _____ e-mail _____
--

Paziente (nome e cognome) _____ Data di nascita _____ sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Codice fiscale _____ Residente a _____ Tel. _____ Regione _____ ASL di residenza _____ Prov. _____ Medico di Medicina Generale _____
--

La prescrizione di eritropoietine, originatori e biosimilari, è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche:

- Trattamento dell'anemia (Hb <11 g/dL e suo mantenimento tra 11 e 12 g/dL) associata ad IRC in pazienti adulti e in soggetti pediatrici^(*) sia in trattamento dialitico sia in trattamento conservativo

Principi attivi: eritropoietina alfa, eritropoietina beta e darbepoetina alfa, eritropoietina zeta.

(*) Per darbepoetina sono disponibili dati in età pediatrica solo per pazienti con età >11 anni;

- Trattamento dell'anemia (Hb < 11 g/dL e suo mantenimento tra 11 e 12 g/dL) associata ad IRC in pazienti adulti

Principi attivi: Metossipolietileglicole-eritropoietina beta, eritropoietina teta

- Trattamento dell'anemia (Hb <10 g/dL) in pazienti adulti oncologici che ricevono chemioterapia antineoplastica; in caso di Hb <8 mg/dL è indicato il ricorso all'emotrasfusione

Principi attivi: eritropoietina alfa, eritropoietina beta e darbepoetina alfa, eritropoietina teta, eritropoietina zeta

- Trattamento per incrementare la quantità di sangue autologo nell'ambito di programmi di predonazione con le limitazioni previste in scheda tecnica.

Principi attivi: eritropoietina alfa, eritropoietina beta, eritropoietina zeta



Farmaco prescritto:	
<input type="checkbox"/> eritropoietina alfa	<input type="checkbox"/> eritropoietina beta
<input type="checkbox"/> darbepoetina alfa	<input type="checkbox"/> eritropoietina teta
<input type="checkbox"/> eritropoietina zeta	
<input type="checkbox"/> Metossipolietileglicole-eritropoietina beta	
Dosaggio: _____	
Durata prevista del trattamento: _____	
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Prosecuzione della cura

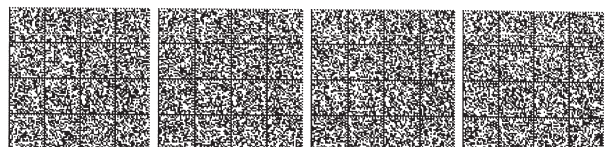
Data ___/___/___

Timbro e firma del clinico prescrittore

Bibliografia

1. Furuland H, Linde T, et al. A randomized controlled trial of haemoglobin normalization with epoetin alfa in pre-dialysis and dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2003;18:353-61
2. Vanrenterghem Y, Bárány P, et al. Randomized trial of darbepoetin alfa for treatment of renal anemia at a reduced dose frequency compared with rHuEPO in dialysis patients. *Kidney Int*. 2002;62:2167-75.
3. Bohlius J; Wilson J; Seidenfeld et al. Recombinant human erythropoietins and cancer patients: updated meta-analysis of 57 studies including 9353 patients. *J Natl Cancer Inst*. 2006 May 17; 98:708-14.
4. Bohlius J; Wilson J; Seidenfeld et al. Erythropoietin or darbepoetin for patients with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jul 19; 3.
5. Gombotz H, Gries M, et al. Preoperative treatment with recombinant human erythropoietin or predeposit of autologous blood in women undergoing primary hip replacement. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2000 Jul; 44:737-42.

10A13526



**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE DI FATTORI
DI CRESCITA GRANULOCITARI (ex Nota 30 e 30 bis)**

Centro prescrittore _____	
Medico prescrittore (nome e cognome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____	
Data di nascita _____	sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice fiscale _____	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	
ASL di residenza _____	Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	

La prescrizione di fattori di crescita granulocitari , originatori e biosimilari, è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche (barrare la casella corrispondente alla condizione clinica del paziente)

- Tattamento della neutropenia febbrile da chemioterapia**
(filgrastim, lenograstim, pegfilgrastim)

- Neutropenia congenita**
(filgrastim)

- Trapianto di midollo osseo**
(filgrastim, lenograstim)

- Mobilizzazione di cellule staminali periferiche**
(filgrastim, lenograstim)

- Neutropenia HIV correlata o correlata ai farmaci antiretrovirali in pazienti pluritrattati che necessitino di farmaci ad azione neutropenizzante**
(filgrastim)



Farmaco prescritto:		
<input type="checkbox"/> Filgrastim	<input type="checkbox"/> Lenograstim	<input type="checkbox"/> Pegfilgrastim
Dosaggio: _____	Durata prevista del trattamento: _____	
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> prosecuzione della cura	

Data ___/___/___

Timbro e firma del clinico prescrittore

10A13527

DETERMINAZIONE 2 novembre 2010.

Riclassificazione del regime di fornitura dei medicinali contenenti finasteride al dosaggio da 1 mg. (Determinazione n. 1899/2010).

IL DIRETTORE GENERALE

Visti gli articoli 8 e 9 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300;

Visto l'art. 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito nella legge 24 novembre 2003, n. 326, che istituisce l'Agenzia italiana del farmaco;

Visto il decreto del Ministro della salute di concerto con i Ministri della funzione pubblica e dell'economia e finanze in data 20 settembre 2004, n. 245 recante norme sull'organizzazione ed il funzionamento dell'Agenzia italiana del farmaco, a norma del comma 13 dell'art. 48 sopra citato;

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

Vista la legge 15 luglio 2002, n. 145

Visto il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 16 agosto 2008, registrato dall'Ufficio centrale del bilancio al registro visti semplici, foglio n. 803 in data 16 luglio 2008, con cui il prof. Guido Rasi è stato nominato direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco;

Vista la legge 24 dicembre 1993, n. 537, concernente «Interventi correttivi di finanza pubblica» con particolare riferimento all'art. 8;

Visto l'art. 1, comma 41, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

Visto l'art. 48, comma 33, legge 24 novembre 2003, n. 326, che dispone la negoziazione del prezzo per i prodotti rimborsati dal Servizio sanitario nazionale tra Agenzia e titolari di autorizzazioni;

Visto il decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 142 del 21 giugno 2006, concernente l'attuazione della Direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernenti i medicinali per uso umano nonché della direttiva 2003/94/CE;

Vista la delibera CIPE del 1° febbraio 2001;

Vista la determinazione 29 ottobre 2004 «Note AIFA 2004 (Revisione delle note CUF)», pubblicata nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 259 del 4 novembre 2004 e successive modificazioni;

Vista la determinazione AIFA del 3 luglio 2006 pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* - serie generale - n. 156 del 7 luglio 2006;

Vista la determinazione AIFA del 27 settembre 2006 pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* - serie generale - n. 227, del 29 settembre 2006 concernente «Manovra per il governo della spesa farmaceutica convenzionata e non convenzionata»;

Visti i decreti con i quali le società titolari delle specialità medicinali sono state autorizzate all'immissione in commercio dei medicinali indicati;



**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE SSN DI INTERFERONI (ex Nota 32)**

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (nome e cognome) _____
Tel _____ email _____

Paziente (nome e cognome) _____
Data di nascita _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice Fiscale _____
Residente a _____ Tel. _____
Regione _____
ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____

La prescrizione di interferoni è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche:

Epatite cronica B:

- Epatite cronica B HBV-DNA-positiva con ipertransaminemia**

Principi attivi: interferone alfa-2a ricombinante; interferone alfa-2b ricombinante; interferone alfa-2a peghilato; interferone alfa naturale leucocitario*

- Epatite cronica B-delta (monoterapia)**

Principi attivi: interferone alfa-2a ricombinante; interferone alfa-2b ricombinante; interferone alfa naturale leucocitario*

Epatite C:

- in combinazione con ribavirina o in monoterapia, se esistono controindicazioni alla ribavirina, trattamento dell'epatite cronica C in pazienti adulti con ipertransaminasemia e positività per HCV-RNA, inclusi pazienti con malattia epatica avanzata (cirrosi epatica compensata – Child A) e/o con coinfezione da HIV, mai trattati in precedenza con interferoni o in recidiva dopo precedente trattamento con interferoni**

Principi attivi: interferone alfa-2a peghilato; interferone alfa 2-b peghilato; interferone alfa-2a ricombinante; interferone alfa-2b ricombinante

Nota: vi sono evidenze in letteratura di maggiore efficacia degli interferoni peghilati rispetto agli interferoni ricombinanti.

- in combinazione con ribavirina (o in monoterapia se esistono controindicazioni alla ribavirina, trattamento dell'epatite cronica C, senza ipertransaminasemia, in soggetti senza scompenso epatico, positivi per HCVRNA sierico, mai trattati in precedenza con interferoni o in recidiva dopo precedente trattamento con interferoni.**

Principio attivo: interferone alfa-2a peghilato

- in combinazione con ribavirina o in monoterapia, se esistono controindicazioni alla ribavirina, trattamento dell'epatite cronica C in pazienti adulti con ipertransaminasemia e positività per HCV-RNA: da riservare a pazienti con problemi di intolleranza agli interferoni** (presenza di documentata intolleranza soggettiva o neutropenia o piastrinopenia con conta dei neutrofili persistentemente inferiori a 750/mmc e/o piastrine persistentemente inferiori a 50.000/mmc, che compaiano in corso di terapia con altri interferoni, e che ne impediscano la prosecuzione in presenza di risposta terapeutica). Non utilizzare nei pazienti non responders a precedenti cicli di trattamento con interferoni

Principio attivo: interferone alfa naturale leucocitario

Altre patologie:

- leucemia a cellule capellute**

Principi attivi: interferone alfa-2a ricombinante; interferone alfa-2b ricombinante; interferone alfa naturale leucocitario*

- leucemia mieloide cronica**

* Interferone alfa naturale leucocitario è previsto solo in caso di intolleranza agli interferoni ricombinanti (presenza di documentata intolleranza soggettiva o neutropenia o piastrinopenia con conta dei neutrofili persistentemente inferiori a 750/mmc e/o piastrine persistentemente inferiori a 50.000/mmc, che compaiano in corso di terapia con altri interferoni e che ne impediscano la prosecuzione in presenza di risposta terapeutica).

* Da impiegare in caso di intolleranza agli interferoni ricombinanti (in presenza di documentata intolleranza soggettiva o neutropenia o piastrinopenia con conta dei neutrofili persistentemente inferiori a 750/mmc e/o piastrine persistentemente inferiori a 50.000/mmc, che compaiano in corso di terapia con altri interferoni, e che ne impediscano la prosecuzione in presenza di risposta terapeutica)

Principi attivi: interferone alfa-2a ricombinante; interferone alfa-2b ricombinante; interferone alfa naturale leucocitario*

sarcoma di Kaposi correlato all'AIDS o ad altre condizioni cliniche di immunodepressione

Principi attivi: interferone alfa-2a ricombinante; interferone alfa-2b ricombinante; interferone alfa naturale leucocitario*

linfoma non Hodgkin follicolare

Principi attivi: interferone alfa-2a ricombinante; interferone alfa-2b ricombinante; interferone alfa naturale leucocitario*

melanoma maligno

Principi attivi: interferone alfa-2a ricombinante; interferone alfa-2b ricombinante; interferone alfa naturale leucocitario*

carcinoma renale avanzato

Principio attivo: interferone alfa-2a ricombinante; interferone alfa naturale leucocitario*

linfoma cutaneo a cellule T

Principio attivo: interferone alfa-2a ricombinante

mieloma multiplo

Principio attivo: interferone alfa-2b ricombinante; interferone alfa naturale leucocitario*

tumore carcinoide

Principio attivo: interferone alfa-2b ricombinante

micosi fungoide

Principio attivo: interferone alfa naturale leucocitario

Farmaco prescritto:

interferone alfa 2a ricombinante

interferone alfa 2b ricombinante

interferone alfa 2a peghilato

interferone alfa 2b peghilato

interferone alfa naturale leucocitario

Dose/die _____

Durata prevista del trattamento _____

Prima prescrizione

Prosecuzione cura

Data _____

Timbro e firma del clinico prescritto

**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE SSN DI LAMIVUDINA (ex Nota 32 bis)**

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (nome e cognome) _____
Tel _____ email _____

Paziente (nome e cognome) _____
Data di nascita _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice Fiscale _____
Residente a _____ Tel. _____
Regione _____
ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____

La prescrizione di lamivudina è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche:

- Epatite cronica B HBV-DNA-positiva, con malattia avanzata** (con riscontro istologico di ponti porto-centrali e/o diagnosi clinica di cirrosi) in cui l'interferone sia controindicato, o non tollerato o inefficace, come terapia soppressiva senza limiti temporali né di associazione
- Epatite cronica B HBVDNA positiva senza malattia avanzata**, come terapia di durata definita e senza limiti di associazione
- Riesacerbazioni dell'epatite B** conseguenti a terapie con chemioterapici antitumorali o farmaci immunosoppressivi o a trapianto di midollo o di organo solido, senza limiti temporali né di associazione

Farmaco prescritto	
<input type="checkbox"/> lamivudina cp 100 mg	<input type="checkbox"/> lamivudina sospensione 5 mg/mL
Dose/die _____ Durata prevista del trattamento _____	
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> prosecuzione cura

Data _____

Timbro e firma del clinico prescrittore

Piano Terapeutico

per la prescrizione di Prasugrel nel trattamento della sindrome coronarica acuta

Azienda Sanitaria _____	
Unità Operativa Cardiologica del medico prescrittore _____	
Nome e Cognome del cardiologo prescrittore _____	tel _____
Paziente (nome e cognome) _____	Data nascita _____
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale _____	Regione _____
Indirizzo _____	Tel. _____
AUSL di residenza _____	Medico curante _____
Peso < 60Kg Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Eta ≥ 75 anni Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

La prescrizione di Prasugrel è a carico del Servizio Sanitario Nazionale nelle seguenti condizioni:

Prevenzione di eventi di origine aterotrombotica, trattamento per max 12 mesi, in associazione con aspirina, in pazienti con:

- Sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto ST, sottoposti ad intervento coronarico percutaneo;
- Infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST, sottoposti ad intervento coronarico percutaneo primario o ritardato.

<input type="checkbox"/> prima prescrizione (per una durata massima di 1 mese)	
<input type="checkbox"/> Inizio terapia antiaggregante	
<input type="checkbox"/> Proseguimento di altre terapie antiaggreganti	
Motivo del cambio terapia: <input type="checkbox"/> inefficacia terapeutica <input type="checkbox"/> reazione avversa	
<input type="checkbox"/> proseguimento di terapia (max 6 mesi)	<input type="checkbox"/> ulteriore prosecuzione di terapia (a completamento dell'anno di trattamento)
Dose iniziale di carico (specificare) _____	
Dose/die di mantenimento (specificare) _____	
Durata del trattamento (specificare) _____	

Data (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____

Timbro e firma del cardiologo prescrittore

Ai fini della rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale il Piano Terapeutico è a carico delle strutture cardiologiche del SSN o convenzionate con il SSN

10A00387



**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE DI RANOLAZINA**

Centro prescrittore: _____
 Medico prescrittore (nome e cognome) _____
 Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome, cognome) _____
 Data di nascita _____ sesso M F
 Codice fiscale _____
 Residente a _____ Tel. _____
 Regione _____
 ASL di residenza _____ Prov. _____
 Medico di Medicina Generale _____

La prescrizione di ranolazina è a carico del SSN solo se prescritta dal medico ospedaliero o medico cardiologo e se rispondente alla seguente condizione:

Terapia aggiuntiva per il trattamento sintomatico di pazienti con angina pectoris cronica stabile che siano inadeguatamente controllati o intolleranti alla terapia antianginosa massimale.

Farmaco prescritto:

o Ranolazina 375 mg compresse o Ranolazina 500 mg compresse o Ranolazina 750 mg compresse

Dose e durata del trattamento

Dose/die: _____ Durata prevista del trattamento: _____

Indicare se:

Prima prescrizione prosecuzione della cura (motivo:)

Data ___/___/___

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico cardiologo prescrittore

