

**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