

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 7 Farmaceutica
Centro Regionale di Farmacovigilanza

Prot. n. 3715

Palermo, 21.01.2022

Oggetto: Aggiornamento n. 66 del Prontuario Terapeutico Ospedaliero/Territoriale della Regione Sicilia

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie

Ai Servizi di Farmacia delle Aziende Sanitarie

ALL'AIOP

A Federfarma Sicilia

**e p.c. Al Referente Tecnico della C.U.C.
LORO SEDI**

Nelle more della predisposizione del provvedimento di aggiornamento del PTORS, dopo aver esaminato la documentazione pervenuta a supporto dei farmaci candidati all'inserimento nel PTORS ed effettuato il controllo circa la valenza economica ed organizzativa degli stessi ai sensi del D.A. 1733/19 art. 2, si stabilisce quanto segue:

ATC	Principio attivo	
L04AC16	Guselkumab	Viene approvata la seguente estensione delle indicazioni terapeutiche: <i>“da solo o in associazione a metotrexato (MTX), è indicato per il trattamento dell'artrite psoriasica attiva in pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che hanno mostrato intolleranza a una precedente terapia con farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARD)”</i> . Prescrizione limitata ai Centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. con compilazione della scheda di cui al DA del 16 febbraio 2011. In caso di mancata risposta e/o intolleranza alla terapia pregressa con DMARDs, la farmacia ospedaliera, ai fini della dispensazione del medicinale, dovrà acquisire l'apposita scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa inserita nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza.
A10BK01	Dapaglifozin	Viene approvata la seguente estensione delle indicazioni terapeutiche: <i>“il trattamento negli adulti dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica in classe NYHA II e III con frazione di eiezione ridotta”</i> . Prescrizione, su PT <i>web-based</i> AIFFA, da parte dei Centri già individuati per la prescrizione del medicinale sacubtril/valsartan, il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute. Distribuzione Diretta da parte

ATC	Principio attivo	
		dell'ASP di residenza del paziente previa verifica del pregresso impiego del miglior trattamento farmacologico tollerato per lo scompenso cardiaco, ai sensi dei criteri di eleggibilità previsti dal PT <i>web-based</i> AIFA allegato alla presente.
L04AA43	Ravulizumab	<p>Inserito in PTORS per il <i>“trattamento di pazienti adulti affetti da emoglobinuria parossistica notturna (EPN):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>in pazienti con emolisi e uno o più sintomi clinici indicativi di un'elevata attività della malattia;</i> - <i>in pazienti clinicamente stabili dopo trattamento con eculizumab per almeno gli ultimi sei mesi”.</i> <p>Registro AIFA. Prescrizione e somministrazione da parte dei seguenti Centri dell'Area Nosologica 6 <i>“Malattie del sangue e degli organi emopoietici”</i> di cui al D.A. n. 1441/21 Rete Regionale delle malattie rare:</p> <p>U.O. Ematologia dell'ARNAS Garibaldi di Catania U.O. Ematologia con Trapianto dell'AOUP di Catania U.O. Ematologia dell'AOUP di Messina U.O. Ematologia dell'AO Papardo di Messina U.O. Oncoematologia Pediatrica dell'ARNAS Civico di Palermo U.O. Ematologia della Maddalena di Palermo U.O. Ematologia I e II dell'AOOR Villa Sofia-Cervello</p>
B06AX06	Crizanlizumab	L'inserimento in PTORS del farmaco viene rimandato per approfondimenti
L01CX37	Polatuzumab	<p>Inserito in PTORS per il: <i>“trattamento, in associazione a bendamustina e rituximab, di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivante/refrattario non candidabili al trapianto di cellule staminali ematopoietiche”.</i></p> <p>Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di Ematologia di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.</p>
R03AL11	Formoterolo + Glicopirronio + Budesonide	<p>Inserito in PTORS: <i>“come trattamento di mantenimento in pazienti adulti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) da moderata a severa, che non sono adeguatamente trattati con un'associazione di un corticosteroide per via inalatoria e un beta2-agonista a lunga durata d'azione o un'associazione di un beta2-agonista a lunga durata d'azione e un antagonista del recettore muscarinico a lunga durata d'azione”.</i></p> <p>Prescrizione, ai sensi della nota AIFA 99, limitata alle UU.OO. di Pneumologia, Geriatria e Medicina Interna delle Strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN su PT cartaceo AIFA in allegato (sezione 2 della determina AIFA n. 02 del 10/01/2022 pubblicata nella GURI n. 8 del 12/01/2022).</p>
L01XC17	Nivolumab	<p>Vengono approvate le seguenti estensioni delle indicazioni terapeutiche:</p> <p><i>“Melanoma: nivolumab in associazione ad ipilimumab è indicato, negli adulti, per il trattamento del melanoma metastatico in presenza di metastasi cerebrali asintomatiche o con PD-L1 < 1%”;</i></p> <p><i>“Carcinoma a cellule renali (RCC): nivolumab in associazione ad ipilimumab è indicato per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con carcinoma a cellule renali avanzato a rischio</i></p>

ATC	Principio attivo	
		<p><i>intermedio/sfavorevole</i>”;</p> <p>“<i>Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC): nivolumab in associazione ad ipilimumab e 2 cicli di chemioterapia a base di platino è indicato per il trattamento in prima linea del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) metastatico negli adulti il cui tumore non esprime mutazioni per EGFR o traslocazioni di ALK e con espressione di PD-L1<50%</i>”;</p> <p>“<i>Carcinoma dell'esofago istotipo squamoso (OSCC): nivolumab è indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma dell'esofago istotipo squamoso, avanzato non resecabile, ricorrente o metastatico dopo precedente chemioterapia di combinazione a base di fluoropirimidina e platino</i>”.</p> <p>Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. pubblicati sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute. Per i Centri privati si ribadisce che, ai sensi della nota prot. n. 55578 del 20/12/2021, l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi nel rispetto delle procedure stabilite con DA 686/18.</p>
L01XC11	Ipilimumab	<p>Vengono approvate le seguenti estensioni delle indicazioni terapeutiche:</p> <p>“<i>Melanoma: ipilimumab in associazione a nivolumab è indicato, negli adulti, per il trattamento del melanoma metastatico in presenza di metastasi cerebrali asintomatiche o con PD-L1<1%</i>”;</p> <p>“<i>Carcinoma a cellule renali (RCC): ipilimumab in associazione a nivolumab è indicato per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con carcinoma a cellule renali avanzato a rischio intermedio/sfavorevole</i>”;</p> <p>“<i>Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC): ipilimumab in associazione a nivolumab e 2 cicli di chemioterapia a base di platino è indicato per il trattamento in prima linea del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) metastatico negli adulti il cui tumore non esprime mutazioni per EGFR o traslocazioni di ALK e con espressione di PD-L1<50%</i>”.</p> <p>Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.</p>

- A parziale modifica della nota prot. n. 96063 del 12/12/2016 - Aggiornamento n. 11 del PTORS, vista la determina AIFA 678 pubblicata nella GURI n. 227 del 22/09/2021 che ha, tra l'altro, modificato il paragrafo 4.2 della scheda tecnica, la durata massima del Piano Terapeutico (PT) del medicinale a base di Rifaximina 550 mg è stata estesa da 6 a 12 mesi. Si allega il modello di PT opportunamente modificato.

- A parziale modifica della nota prot. n. 38435 del 03 settembre 2021, si rappresenta che la prescrizione delle associazioni precostituite di ICS+LABA+LAMA (c.d. triplice terapia) viene estesa anche alle UU.OO. di Geriatria in aggiunta a quelle di Pneumologia e Medicina Interna delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN.

Si ribadisce che, ai sensi di quanto disposto nell'allegato al DA 1611 del 25 luglio 2019, l'inserimento in PTORS dei suddetti medicinali è subordinato all'assegnazione del Codice Identificativo Gara da parte della Centrale Unica di Committenza.



Il Dirigente Generale
Ing. Mario La Rocca



FORXIGA (dapagliflozin)
Insufficienza cardiaca cronica sintomatica con frazione di eiezione ridotta

5 Campo obbligatorio ai fini dell'eleggibilità

0 Campo obbligatorio

1- Registrazione paziente (RP)

Centro prescrittore

Medico prescrittore (nome e cognome)

Tel.

e-mail

Cognome

Nome

CF

Data di nascita

Sesso

Comune di nascita

Estero

Se estero indicare codice STP

ASL di residenza

ASL di domicilio se diverso

Nome cognome di MMG

Codice ASL MMG

In accordo alla normativa sulla privacy 196/2003, nel DB centrale il paziente sarà identificato solo dal codice che sarà assegnato

./././....

M

F

E solo pazienti ≥18 anni

2- Eleggibilità e Dati Clinici (EDC)

Forxiga è indicato negli adulti per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica con frazione di eiezione ridotta.

Per i pazienti già in trattamento (risposta 'Sì' alla domanda 'Paziente già in trattamento con dapagliflozin ed eleggibile secondo i criteri specificatamente individuati in questa scheda AIFA di monitoraggio?') l'eleggibilità è riferita all'inizio reale del trattamento con il medicinale. La raccolta delle informazioni è necessaria ai fini del proseguimento del trattamento e follow up (inserimento delle Rivalutazioni stato di malattia obbligatorie) a carico SSN.

Si prega di prendere visione di RCP per le informazioni complete sull'utilizzo di Forxiga.

E Insufficienza cardiaca sintomatica cronica di classe NYHA:

I

II

III

IV

...

blocco

blocco

blocco se >40%

E Frazione di eiezione ventricolare (%)

0 Marker dello scompenso cardiaco:

Peptide natriuretico tipo B (BNP)

Pro-BNP (NT-proBNP)

sceita multipla. È sufficiente uno dei due markers

O	Per ognuno indicare il valore in pg/mL	...	
O	Il paziente è portatore di defibrillatore implantabile	Si No	
E	Paziente affetto da	Diabete mellito di tipo 1	
E	Il paziente ha presentato un infarto, un'angina instabile, un ictus o un TIA nelle 12 settimane precedenti?	Si No	<i>blocca</i>
E	Il paziente presenta rivascolarizzazione coronarica (intervento coronarico percutaneo o bypass aortocoronarico) o riparazione/sostituzione valvolare nelle 12 settimane precedenti o previsione di sottoporsi a una di queste operazioni?	Si No	<i>blocca</i>
E	Il paziente presenta impianto di un CRT nelle 12 settimane precedenti o intenzione di impiantare un dispositivo CRT?	Si No	<i>blocca</i>
E	Il paziente è stato sottoposto a trapianto cardiaco o impianto di un dispositivo di assistenza ventricolare o dispositivo simile, o si prevede di effettuare l'impianto?	Si No	<i>blocca</i>
E	Il paziente presenta scompenso cardiaco dovuto a cardiomiopatia restrittiva, miocardite attiva, pericardite costrittiva, cardiomiopatia ipertrofica (ostruttiva) o malattia valvolare primaria non corretta?	Si No	<i>blocca</i>
E	Il paziente presenta bradicardia sintomatica o blocco cardiaco di secondo o terzo grado senza pacemaker?	Si No	<i>blocca</i>

E	Il paziente è stato sottoposto al miglior trattamento farmacologico tollerato per lo scompenso cardiaco?	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>blocco</p>
E	Se 'si' alla precedente domanda: Indicare:	<p>ACE-inibitore (1)</p> <p>Bloccante del recettore dell'angiotensina II (sartano) (2)</p> <p>Beta bloccante (3)</p> <p>Diuretico (4)</p> <p>Antialdosteronico (5)</p> <p>ARNI (6)</p> <p>Altro: specificare</p>	<p>Scelta multipla.</p> <p>Deve essere indicata ALMENO una delle scelte: 1 OR 2 OR 6</p> <p>AND</p> <p>Deve essere indicata ALMENO una delle scelte: 3 OR 4 OR 5</p>
E	Pressione arteriosa sistolica (PAS) (mmHg)	<p>...(valore numerico intero max 3 cifre)</p>	<p>blocco se <95 mmHg</p>
O	Funzionalità renale:	<p>Normale</p> <p>Compromessa</p>	
E	Se compromessa, eGFR < 25 ml/min/1,73 m ² (vedi RCP):	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>blocco</p>
O	Funzionalità epatica	<p>Normale</p> <p>Compromessa</p>	
O	Se compromessa indicare, il grado (vedi RCP):	<p>Lieve (Child-Pugh A)</p> <p>Moderato (Child-Pugh B)</p> <p>Grave (Child-Pugh C)</p>	<p>C'è un'esperienza limitata in studi clinici in pazienti con compromissione epatica. L'esposizione a dapagliflozin è aumentata in pazienti con compromissione epatica grave (vedere paragrafi 4.2 e 5.2).</p>
Solo per paziente donna:			
E	Gravidanza o allattamento (vedi RCP):	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>blocca</p>
<p>Sezione relativa al 'Paziente già in trattamento' secondo:</p> <p>- DM 08/05/2003 o</p> <p>- Legge 648/96 (senza monitoraggio tramite i registri AIFA) o</p> <p>- Legge 326/2003 Art. 48 o</p> <p>- Studi clinici.</p>		<p>NOTA: L'eleggibilità per questi pazienti (risposta 'Si' alla domanda 'Paziente già in trattamento...') è riferita all'inizio reale del trattamento con il medicinale. La raccolta delle informazioni è necessaria ai fini del proseguimento del trattamento e follow up (inserimento delle Rivalutazioni stato di malattia obbligatorie) a carico SSN.</p>	<p>Titolo per la sezione sottostante</p>

<input type="radio"/>	Paziente già in trattamento con dapagliflozin ed eleggibile secondo i criteri specificatamente individuati in questa scheda AIFA di monitoraggio?	Si		
		No		
<input type="radio"/>	Data inizio trattamento	.././....		gg/mm/aaaa. Questo campo si apre se selezionato "Si" al campo precedente
3- Piano terapeutico (PT) Forxiga valido per 6 o 12 mesi				
<i>Il sistema riporta in automatico i dati del paziente dalla scheda RP</i>				
<input type="radio"/>	Data del piano terapeutico:	.././....		
<input type="radio"/>	Durata del piano terapeutico (mesi)	6		
		12		
		5		Dose iniziale raccomandata in pazienti con compromissione epatica grave
<input type="radio"/>	Posologia (mg/die)	10		Il PT traccia la prima posologia indicata al momento della compilazione. Il PT non traccia invece la titolazione e le eventuali modifiche di posologia all'interno della sua durata, che devono essere gestite dal medico prescrittore/MMG tenendo presente le indicazioni contenute nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).
<input type="radio"/>	Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia:	..		
<input type="radio"/>	Data di interruzione della terapia	.././....		Default come requisito della piattaforma

O	Altri farmaci per lo scompenso (scelta multipla)	ACE-inibitore (1) Bloccante del recettore dell'angiotensina II (sartano) (2) Beta bloccante (3) Diuretico (4) Antialdosteronico (5) ARNI (6) Altro: specificare	testo libero
4- Rivalutazione stato di malattia (RIV)			
<i>Obbligatoria ogni sei o 12 mesi (secondo la durata per il rinnovo del PT)</i>			
O	Data Rivalutazione	.././....	
E	Insufficienza cardiaca sintomatica cronica di classe NYHA:	I II III IV	blocco
O	Frazione di eiezione ventricolare (%)	...	
O	Il paziente ha presentato	deplezione di volume infezioni vie urinarie infezioni genitali chetoacidosi diabetica amputazioni arti inferiori ipotensione altro: specificare	scelta multipla
O	Funzionalità renale:	Normale Compromessa	
E	Se compromessa, eGFR < 25 ml/min/1,73 m ² (vedi RCP):	Sì No	blocco
O	Funzionalità epatica	Normale Compromessa	

<input type="radio"/>	Se compromessa indicare, il grado (vedi RCP):	Lieve (Child-Pugh A)	C'è un'esperienza limitata in studi clinici in pazienti con compromissione epatica. L'esposizione a dapagliflozin è aumentata in pazienti con compromissione epatica grave (vedere paragrafi 4.2 e 5.2).
		Moderato (Child-Pugh B)	
		Grave (Child-Pugh C)	
<input type="checkbox"/>	Il paziente continua il trattamento:	Si	blocca e inserire la scheda di FT
		No	
5- Fine Trattamento (FT)			
<input type="radio"/>	Data di FT	.././....	Successiva alla RIV e cmq successiva all'ultimo PT inserito
<input type="radio"/>	Motivo del FT	Tossicità	Link RNFV
		Decisione medica	
		Perso al follow up	
		Decisione del paziente	
<input type="radio"/>	Numero di PT ricevuti prima di questa scheda	Decesso del paziente	Valore inserito in automatico in base al numero dei PT inseriti. Default come requisito della piattaforma
		...	
<input type="radio"/>	Se motivo di FT è decesso indicare la causa del decesso:	Malattia	
		Tossicità	
		Altro	
<input type="radio"/>	Se motivo di FT è decesso indicare la data del decesso:	.././....	
<p>Nota bene: la compilazione della presente scheda cartacea non sostituisce la prescrizione, la quale rimane realizzabile esclusivamente tramite la piattaforma web da parte degli specialisti abilitati alla prescrizione e all'utilizzo del sistema, tuttavia può essere utilizzata per tenere traccia temporanea delle registrazioni in caso di differimento della compilazione via web dei Registri di monitoraggio.</p>			
<p>Attenzione! La prescrizione di questo medicinale è consentita ai soli medici appartenenti a strutture ospedaliere e sanitarie territoriali espressamente autorizzate dalla Regione di rispettiva pertinenza.</p>			

Sezione 2: Piano Terapeutico AIFA (unico per le triplici associazioni fisse)

Compilazione a carico degli specialisti operanti presso strutture identificate dalle Regioni e dotati della strumentazione e della competenza necessaria per effettuare e interpretare indagini di secondo livello (spirometria globale, DLCO, tecniche di imaging, ecc.).

Piano Terapeutico AIFA per la prescrizione della TRIPLICE terapia LABA/LAMA/ICS (in singolo erogatore) nel trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

La rimborsabilità SSN è limitata:

per

- Beclometasone dipropionato/ formoterolo fumarato diidrato/ glicopirronio bromuro
- Fluticasone furoato/ umeclidinio bromuro/ vilanterolo trifrenato

alla terapia di mantenimento dei pazienti adulti con diagnosi di BPCO di grado da moderato a severo, che non siano sufficientemente controllati dall'associazione di un corticosteroide inalatorio e di un beta2-agonista a lunga durata d'azione

per

- Budesonide/glicopirronio bromuro/ formoterolo fumarato diidrato

al trattamento di mantenimento in pazienti adulti affetti da BPCO da moderata a severa, che non siano adeguatamente trattati con un'associazione di un corticosteroide per via inalatoria e un beta2-agonista a lunga durata d'azione o un'associazione di un beta2-agonista a lunga durata d'azione e un antagonista del recettore muscarinico a lunga durata d'azione

Per tutti i LABA/LAMA/ICS devono essere inoltre soddisfatte ENTRAMBE le condizioni di seguito riportate:

- 1 Paziente con diagnosi conclamata di BPCO da moderata a grave e con almeno 2 riacutizzazioni negli ultimi 12 mesi o almeno una riacutizzazione che ha richiesto il ricovero ospedaliero;
- 2 Paziente affetto da BPCO con dispnea classificabile come ai punti A) oppure B):

A) Dispnea di grado 2 o superiore misurata tramite il questionario mMRC per la dispnea:

Questionario mMRC

Grado 0	Ho dispnea solo per sforzi intensi (es. salire le scale, pedalare).
Grado 1	Mi manca il fiato se cammino veloce (o corro) in piano o in lieve salita
Grado 2	Su percorsi piani cammino più lentamente dei miei coetanei, oppure ho necessità di fermarmi per respirare quando cammino a passo normale
Grado 3	Ho necessità di fermarmi per respirare dopo aver camminato in piano per circa 100 metri o per pochi minuti
Grado 4	Mi manca il fiato a riposo, per uscire di casa o per vestirmi/spogliarmi

oppure:



B) Punteggio al test di valutazione della sintomatologia CAT pari almeno a 10

Questionario CAT (COPD Assessment Test - CATTM)

Non tossisco mai	0 1 2 3 4 5	Tossisco sempre	
Il mio petto è completamente libero da catarro (muco)	0 1 2 3 4 5	Il mio petto è tutto pieno di catarro (muco)	
Non avverto alcuna sensazione di costrizione al petto	0 1 2 3 4 5	Avverto una forte sensazione di costrizione al petto	
Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale non avverto mancanza di fiato	0 1 2 3 4 5	Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale avverto una forte mancanza di fiato	
Non avverto limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa	0 1 2 3 4 5	Avverto gravi limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa	
Mi sento tranquillo ad uscire di casa nonostante la mia malattia polmonare	0 1 2 3 4 5	Non mi sento affatto tranquillo ad uscire di casa a causa della mia malattia polmonare	
Dormo profondamente	0 1 2 3 4 5	Non riesco a dormire profondamente a causa della mia malattia polmonare	
Ho molta energia	0 1 2 3 4 5	Non ho nessuna energia	
		PUNTEGGIO TOTALE	

<input type="checkbox"/> PRIMA PRESCRIZIONE	<input type="checkbox"/> PROSECUZIONE TERAPIA
	Posologia
<input type="checkbox"/> Beclometasone dipropionato/formoterolo fumarato diidrato/glicopirronio bromuro.	2 inalazioni (ciascuna da 87 mcg/5 mcg /9 mcg) due volte al giorno.
<input type="checkbox"/> Fluticasone furoato/umeclidinio bromuro/vilanterolo trifrenatato.	1 inalazione (da 92 mcg/55 mcg/22 mcg) ogni giorno alla stessa ora.
<input type="checkbox"/> Budesonide/glicopirronio bromuro/formoterolo fumarato diidrato.	2 inalazioni (da 320 mcg/14,4 mcg /10 mcg) due volte al giorno.

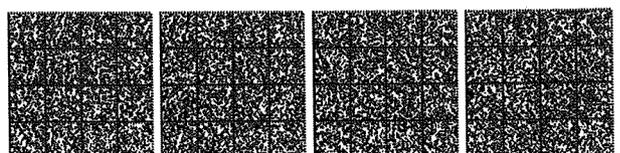
NB per tutti i farmaci le dosi indicate sono anche le dosi massime raccomandate

Validità del Piano terapeutico: _____ mesi

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data valutazione _____

Timbro e Firma del Medico



REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI RIFAXIMINA 550 MG

Nome e Cognome dell'assistito _____		Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Azienda Sanitaria/IRCCS/Struttura privata accreditata _____			
Cod. Fiscale _____		Data di nascita _____	
Unità Operativa _____			
Indirizzo _____			Tel _____
ASP di residenza _____		Prov _____	Regione _____

La prescrizione di rifaximina 550 mg è a carico del SSR solo se rispondente alle seguenti condizioni:

riduzione delle recidive di episodi di encefalopatia epatica conclamata in pazienti di età ≥ 18 anni

Dosaggio _____ Posologia _____

Durata prevista della terapia _____

Numero confezioni totali per Piano Terapeutico _____

Annotazioni _____

Prima prescrizione

Prosecuzione del trattamento

Data successivo controllo _____

Data _____

Timbro e firma in originale del Medico prescrittore

Copia valida per N. ___ confezioni

*Il Piano Terapeutico, della **durata massima di 12 mesi**, ai fini della prescrizione a carico del SSN deve essere redatto dalle **UU.OO. di epatologia, gastroenterologia, infettivologia e medicina interna** delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN.*