



**SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI MEDICINALI
CON RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE O NON RIPETIBILE
(Art.93 d. legs 6219/2006 e s.m.i.)**

Cenobamato, pegvisomant, rifaximina, deferasirox, micofenolato sodico e mofetile, roflumilast

Centro prescrittore: _____	Regione: _____
Medico prescrittore (cognome e nome) _____	
Tel. _____ e-mail _____	
Nome e Cognome dell'assistito _____	
Età _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Cod. Fisc. _____	
ASL di residenza _____	
Tel. _____	
Medico curante (cognome e nome) _____	

DIAGNOSI _____	
Formulata in data _____	
Farmaco prescritto (vedi tabella per indicazione SSN e prescrivibilità) _____	Dosaggio _____
Posologia (dose/die) _____	Durata prevista del trattamento (in gg) _____
Prima prescrizione <input type="checkbox"/>	Prosecuzione della cura <input type="checkbox"/>
VALIDITA' DEL PIANO TERAPEUTICO (massimo 12 mesi) _____	
DATA _____	

Timbro e firma medico prescrittore	Timbro del centro prescrittore
------------------------------------	--------------------------------

NOTE PER LA COMPILAZIONE

La Scheda Regionale deve essere:

- conservata a cura del centro che compila e rilascia;
- consegnata al paziente (o suo familiare) in formato cartaceo o digitale per l'inoltro al proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta;
- inviata al servizio farmaceutico della ASL di residenza del paziente al seguente indirizzo mail:

ASL di residenza del paziente	Indirizzo e-mail Servizio Farmaceutico territoriale competente
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	psegreti@asl1abruzzo.it
Lanciano-Vasto-Chieti	pianiterapeutici@asl2abruzzo.it
Pescara	emanuela.dangelo@asl.pe.it
Teramo	farmaciaterritoriale@aslteramo.it;assistenza.farmaceutica@pec.aslteramo.it

I dati del medico e del centro di appartenenza devono essere tali da permettere eventuali comunicazioni.

Il MMG/PLS dovrà infatti immediatamente contattare lo specialista prescrittore in caso di:

- reazioni avverse
- effetti indesiderati che influiscono sulla corretta prosecuzione della terapia;
- interruzioni di terapia o qualsiasi altra modifica alla terapia prescritta.

Barrare Casella interessata	ATC	PRINCIPIO ATTIVO	INDICAZIONE	REGIME DI FORNITURA	PRESCRIVIBILITA' REGIONALE
<input type="checkbox"/>	N03AX25	CENOBAMATO	E' indicato come terapia aggiuntiva delle crisi convulsive a insorgenza focale con o senza generalizzazione secondaria in pazienti adulti affetti da epilessia che non sono stati adeguatamente controllati nonostante una storia di trattamento con almeno due medicinali antiepilettici.	RRL medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti – neurologo.	Strutt Osp. e Terr. Di Neurologia del SSN
<input type="checkbox"/>	H01AX01	PEGVISOMANT	Trattamento di pazienti adulti con acromegalia, che non hanno risposto in modo adeguato ad intervento chirurgico e/o radioterapia, e per i quali un'appropriata terapia farmacologica con analoghi della somatostatina si e' dimostrata inefficace nel normalizzare le concentrazioni di IGF-I o e' risultata non tollerata.	RNRL medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, da rinnovare volta per volta, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti: endocrinologo	Strutture ospedaliere o territoriali di Ematologia del SSN
<input type="checkbox"/>	A07AA11	RIFAXIMINA	E' indicato per la riduzione delle recidive di episodi di encefalopatia epatica conclamata in pazienti di eta' ≥ 18 anni.	RRL Medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa, vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti: infettivologo, internista, gastroenterologo	Strutture ospedaliere o territoriali di medicina interna, malattie infettive e gastroenterologia del SSN
<input type="checkbox"/>	V03AC03	DEFERASIROX	E' indicato per il trattamento del sovraccarico cronico di ferro dovuto a frequenti emotrasfusioni (≥7 ml/kg/mese di globuli rossi concentrati) ecc	RNRL medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, da rinnovare volta per volta, di centri ospedalieri o di specialisti (RNRL).	Strutture ospedaliere o territoriali di Ematologia del SSN
<input type="checkbox"/>	L04AA06	MICOFENOLATO SODICO	E' indicato per la profilassi del rigetto acuto in pazienti che ricevono un allotrapianto renale, cardiaco o epatico in associazione con ciclosporina e corticosteroidi.	RNRL Prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (internista, pediatra, immunologo, ematologo, nefrologo	Strutture ospedaliere o territoriali di medicina interna, immunologia, ematologia, nefrologia e pediatria del SSN
<input type="checkbox"/>	L04AA06	MICOFENOLATO MOFETILE	E' indicato per la profilassi del rigetto acuto in pazienti che ricevono un allotrapianto renale, cardiaco o epatico in associazione con ciclosporina e corticosteroidi.	RNRL Prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (internista, pediatra, immunologo, ematologo, nefrologo	Strutture ospedaliere o territoriali di medicina interna, immunologia, ematologia, nefrologia e pediatria del SSN
<input type="checkbox"/>	R03DX07	ROFLUMILAST	E' indicato come terapia di mantenimento nella broncopneumopatia cronica ostruttiva grave (BPCO) (FEV1 post-broncodilatatore meno del 50% del teorico) associata a bronchite cronica nei pazienti adulti con una storia di frequenti esacerbazioni, quale aggiunta al trattamento con il broncodilatatore	RRL Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti: pneumologo, geriatra, internista, allergologo (RRL).	Strutture ospedaliere o territoriali di Pneumologia del SSN