

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

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

- Epatite cronica B HBV-DNA-positiva, con malattia avanzata** (con stadio di fibrosi F 2 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 della cura (motivo))

Data/...../.....

Timbro e firma del clinico prescrittore

Bibliografia

1. Carosi G Rizzetto M Treatment of chronic hepatitis B: recommendations from an Italian workshop. Dig Liver Dis. 2008; 40: 603-17
2. European Association For The Study Of The Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of chronic hepatitis B. J Hepatol. 2009; 50:227-42
3. Marzano A, Angelucci E, Andreone P, et al. Prophylaxis and treatment of hepatitis B in immunocompromised patients. Dig Liver Dis. 2007;39:397-408.
4. Loomba R, Rowley A, Wesley R, et al. Systematic review: the effect of preventive lamivudine on hepatitis B reactivation during chemotherapy. Ann Intern Med. 2008;148:519-28.