



## Piano Terapeutico per la prescrizione di TERIPARATIDE

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità da parte dei Centri Ospedalieri o specialisti - internista, reumatologo, geriatra, endocrinologo, ginecologo, ortopedico, nefrologo, fisiatra - autorizzati al rilascio del PT per i farmaci della nota AIFA 79 e da consegnare al paziente in formato cartaceo.

Azienda Sanitaria:	_____
Unità Operativa:	_____
Nome e cognome del medico prescrittore:	_____
Recapito telefonico:	_____
Paziente (nome, cognome):	_____
Data di nascita:	____/____/____
Sesso:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice Fiscale:	_____
Indirizzo:	_____
Recapiti telefonici:	_____
ASL di Residenza:	_____
Medico di Medicina Generale:	_____
Durata (anni) di malattia (solo alla 1° prescrizione):	_____

**Indicazione rimborsata:** prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche vertebrali o di femore, con almeno una delle seguenti condizioni:

- soggetti, anche se mai trattati precedentemente con farmaci della nota 79, che presentano 3 o più fratture vertebrali o di femore;
- soggetti, anche se mai trattati precedentemente con farmaci della nota 79, che presentano una o più fratture vertebrali o di femore e un T-score colonna o femore  $\leq -4$ ;
- soggetti in trattamento da più di 12 mesi con dosi  $\geq 5$  mg/die di prednisone o dosi equivalenti di altri corticosteroidi e che presentano una o più fratture vertebrali o di femore;
- soggetti che presentano una nuova frattura vertebrale o femorale nonostante trattamento con uno degli altri farmaci della Nota 79 da almeno 1 anno.





<input type="checkbox"/> Prima prescrizione (primi 6 mesi di trattamento) <input type="checkbox"/> Prosecuzione del trattamento (successivi 6 mesi per un totale di 12 mesi) <input type="checkbox"/> Prosecuzione del trattamento (successivi 6 mesi per un totale di 18 mesi) <input type="checkbox"/> Prosecuzione del trattamento (successivi 6 mesi per un totale di 24 mesi)	
Specialità	Posologia
	<input type="checkbox"/> 20 microgrammi /die per via sottocutanea

Validità del Piano terapeutico: \_\_\_\_\_ mesi

La validità massima del Piano Terapeutico è di 6 mesi, prolungabile di ulteriori periodi di 6 mesi per non più di altre tre volte (per un totale complessivo di 24 mesi).

Il trattamento non deve essere ripetuto nell'arco di vita del paziente.

La prescrizione va effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

Data valutazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data scadenza PT: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

\_\_\_\_\_

23A00584

