

PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE S.S.N. DI LAMIVUDINA (ex Nota 32 bis)

(Determinazione AIFA 26 novembre 2009 Suppl. ord. n.229 alla G.U. n.286 del 9 novembre 2009 in vigore dal 10 dicembre 2009)

Centro prescrittore _____	
Medico prescrittore (nome e cognome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____	
Data di nascita _____	sexso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice fiscale _____	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	Prov. _____ AUSL di residenza _____
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 ≥ 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
- **Riesacerbazione 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

Data _____

Timbro e firma del clinico prescrittore
