

ALLEGATO



**PIANO TERAPEUTICO (PT) AIFA**  
per la prescrizione di medicinali a base di **IMIQUIMOD**  
(valido per sei settimane)

Centro prescrittore: \_\_\_\_\_  
 Nome e cognome del medico prescrittore: \_\_\_\_\_  
 Recapito telefonico: \_\_\_\_\_  
 Paziente (nome, cognome): \_\_\_\_\_  
 Età (anni): \_\_\_\_\_ Sesso: M  F  Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo: \_\_\_\_\_ Recapito telefonico: \_\_\_\_\_  
 ASL di Residenza: \_\_\_\_\_ Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

La prescrizione del farmaco è a carico del SSN esclusivamente per le seguenti indicazioni (pazienti adulti):

- trattamento topico di carcinomi basocellulari superficiali di piccola dimensione (sBCC)<sup>1</sup>, chirurgicamente non aggredibili o difficilmente aggredibili (per localizzazione o per le possibili conseguenze estetiche);
- trattamento topico dei condilomi acuminati esterni genitali e perianali nei pazienti adulti.

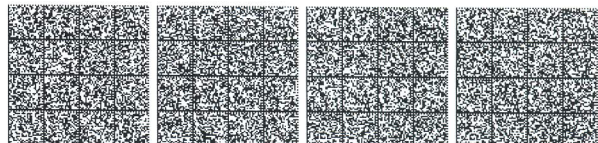
**Criteri di inclusione:**

1. Carcinoma basocellulare superficiale di piccole dimensioni non aggredibile chirurgicamente, localizzato in aree difficilmente aggredibili chirurgicamente o per il quale il risultato estetico possa essere compromesso:  
 Sì  No
2. Condilomi acuminati esterni genitali e perianali (*condilomata acuminata*) nei pazienti adulti.  
 Sì  No

**Criteri di esclusione (ai fini dell'eleggibilità è valida solo la risposta No):**

Carcinomi basocellulari nodulare o infiltrato:  
 Sì  No

<sup>1</sup> superficie massima 0,5 cm<sup>2</sup> e diametro massimo 2 cm.



**Dose e durata del trattamento**Carcinoma basocellulare

Applicare imiquimod crema **5 volte alla settimana** (esempio: da lunedì a venerdì), prima di coricarsi, e lasciare agire sulla cute per circa 8 ore. Durata prevista del trattamento: **6 settimane**.

Condilomi genitali esterni

Applicare imiquimod crema **3 volte alla settimana (esempio: lunedì, mercoledì e venerdì)**, prima di coricarsi, e lasciare agire sulla cute per 6-10 ore. Il trattamento dovrà essere proseguito fino alla scomparsa delle lesioni o per un massimo di 16 settimane.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Timbro e firma del clinico prescrittore  

---

