

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE DI LAMIVUDINA(ex NOTA 32 bis)

Centro prescrittore.....	
Nome cognome del clinico prescrittore.....	
Recapito telefonico.....	e-mail.....
Paziente (nome,cognome) data di nascita	
sessu M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	codice fiscale
Indirizzo.....Tel.....	
Regione.....	
AUSL 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 riscontro istologico di ponti porto-centrali e/o diagnosi clinica cirrosi) in cui l'interferone sia controindicato, o non tollerato o inefficace, come terapia soppressiva senza limiti temporali né di associazione
- Epatite cronica B HBV-DNA positiva con malattia avanzata, come terapia di durata definita e senza limiti di associazione
- Portatori cronici di HBsAg per il trattamento e la prevenzione delle 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
- Soggetti HBsAg negativi portatori di anticorpi per la prevenzione delle riesacerbazioni dell'epatite B conseguenti a terapie con chemioterapici antitumorali o farmaci immunosoppressivi in grado di causare importante immunodepressione, senza limiti temporali

Farmaco prescritto

- lamivudina cp 100 mg
- lamivudina sospensione 5 mg/ml

Dosaggio:.....

Durata prevista del trattamento:.....

Indicare se:

- Prima prescrizione
- Prosecuzione della cura

Data ___/___/___

Timbro e firma del clinico prescrittore