

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI VEMLIDY (TENOFIVIR ALAFENAMIDE)

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità da parte dei centri ospedalieri o di specialisti – internista, infettivologo, gastroenterologo - individuati dalle Regioni e da consegnare al paziente in formato cartaceo. Piano terapeutico rinnovabile ogni 6 mesi

Centro Prescrittore _____
 Medico Prescrittore (cognome, nome) _____
 Tel _____

Paziente (cognome, nome) _____
 Data di nascita ___ / ___ / ___ Sesso: F M
 Comune di nascita _____ Estero
 Codice Fiscale | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |
 Residente a _____
 Regione : _____ ASL di Residenza _____ Prov _____
 Medico di Medicina Generale _____

Indicazione rimborsata dal SSN

Il trattamento con Vemlidy a carico del SSN è limitato all'utilizzo nei soggetti con epatite cronica B in trattamento con tenofovir disoproxil e precedente esposizione ad analoghi nucleosidici che presentino età avanzata (>60 anni) e/o alterazione dei parametri di funzione renale e/o osseo come di seguito dettagliato.

Il/la paziente soddisfa i seguenti requisiti:

- essere in trattamento con tenofovir disoproxil fumarato**
- essere stato precedentemente esposto ad analoghi nucleosidici:**
- presenta almeno una tra le seguenti condizioni:**



<input type="checkbox"/> Età >60 anni <input type="checkbox"/> Malattia ossea: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> utilizzo cronico di steroidi o altre condizioni associate a peggioramento della BMD (densità minerale ossea) <input type="checkbox"/> storia di fratture osteoporotiche <input type="checkbox"/> osteoporosi <input type="checkbox"/> Alterazioni renali: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> eGFR <60 ml/min/1.73 m² <input type="checkbox"/> Albuminuria >30 mg o presenza di moderata proteinuria al dipstick <input type="checkbox"/> Ipofosfatemia (<2.5 mg/dl) <input type="checkbox"/> Emodialisi.
--

La terapia deve essere iniziata da un medico esperto nel trattamento dell'epatite B cronica.

PROGRAMMA TERAPEUTICO

	Farmaco	Specialità	Posologia
<input type="checkbox"/>	Vemlidy	25 mg compresse rivestite con film	1 cpr/die

Durata prevista del trattamento (mesi) _____

Prima prescrizione

Prosecuzione cura

(NOTA BENE: la validità del Piano Terapeutico non può superare i 6 mesi dalla data di compilazione)

Data

Timbro e Firma del Medico

19A05799

