

PIANO TERAPEUTICO AIFA

per la prescrizione SSN di **ERITROPOIETINE (ex Nota 12)**
Allegato 1 alla Determinazione AIFA del 02.11.2010 – G.U. 269 del 18.11.2010

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

Paziente (Nome e Cognome)

Data di nascita _____ Sesso : M F

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Tel. _____

Regione _____ ASP di residenza _____

Medico di Medicina

Generale _____

La prescrizione di eritropoietine, originatori e biosimilari, è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche:

- Trattamento dell'anemia ($Hb < 11g/dl$ e **suo mantenimento tra 11 e 12 g/dl**) associata ad **IRC** in pazienti adulti e in soggetti pediatrici* sia in trattamento dialitico che in trattamento conservativo

Principi attivi eritropoietina alfa, eritropoietina beta, darbapoetina alfa, eritropoietina zeta

(*Per Darbapoetina sono disponibili dati in età pediatrica solo in pazienti con età > 11 anni)

- Trattamento dell'anemia ($Hb < 11g/dl$ e suo mantenimento tra 11 e 12 g/dl) associata ad IRC in pazienti adulti

Principi attivi Metossipolietileglicole – eritropoietina beta, Eritropoietina teta

- Trattamento dell'anemia ($Hb < 10g/dl$) in pazienti **adulti oncologici** che ricevono chemioterapia antitumorale; in caso di $Hb < 8 g/dl$ è indicato il ricorso all'emotrasfusione

Principi attivi eritropoietina alfa, eritropoietina beta, darbapoetina alfa, eritropoietina teta e eritropoietina zeta

- Trattamento per incrementare la quantità di sangue autologo nell'ambito di **programmi di predonazione** con le limitazioni previste in scheda tecnica

Principi attivi eritropoietina alfa, eritropoietina beta, eritropoietina zeta

Farmaco prescritto:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> eritropoietina alfa | <input type="checkbox"/> eritropoietina beta |
| <input type="checkbox"/> darbaepoetina alfa | <input type="checkbox"/> eritropoietina teta |
| <input type="checkbox"/> Metossipolietileglicole – eritropoietina beta | <input type="checkbox"/> eritropoietina zeta |

Dosaggio: _____

—

Durata prevista del trattamento :

Prima Prescrizione prosecuzione della cura

Data di prescrizione ____/____/____

Timbro e Firma
Del Medico Prescrittore