Allegato 1.3

PIANO TERAPEUTICO
PER LA PRESCRIZIONE SSN DI FARMACI DELLA NOTA 74

Azienda Sanitaria _____

Centro Prescrittore _____

□ Pubblico □ Privato convenzionato □ Privato

Medico prescrittore (nome e cognome) _____

Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____

Data di nascita _____ sesso M □ F □ Codice fiscale _____

Residente a _____ Tel. _____

Regione _____ ASL di residenza _____ Prov. _____

Medico di medicina generale _____

Diagnosi

□ Trattamento dell'infertilità in donne di età non superiore ai 45 anni con valori di FSH, al 3° giorno del ciclo, non superiori a 30 mUI/ml

□ Trattamento dell'infertilità in maschi con ipogonadismo-ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali e comunque con FSH non superiore a 8 mUI/ml

□ Trattamento dell'infertilità con tecniche di PMA in donne fino al compimento dei 50 anni con valori di FSH, al 3° giorno del ciclo, non superiori a 30 mUI/ml

□ Trattamento dell'infertilità con tecniche di PMA in maschi fino al compimento dei 65 anni con ipogonadismo-ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali e comunque con FSH non superiore a 8 mUI/ml

Compilare solo nel caso in cui si effettui PMA

Numero di cicli I livello (max 4 cicli) Ciclo n. _____

II e III livello (max 3 cicli) Ciclo n. _____

Farmaco prescritto

□ corifollitropina alfa
□ coriogonadotropina alfa
□ follitropina alfa
□ follitropina alfa/lutropina alfa
□ follitropina beta
□ lutropina alfa
□ menotropina
□ urofollitropina

Prescrizione

Specialità: _____ Posologia: _____

Specialità: _____ Posologia: _____

Specialità: _____ Posologia: _____

Durata prevista del trattamento _____

□ ai sensi della DGR n.822 del 14.06.2011, la paziente dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni previste dal D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, di non essere già stata sottoposta a cicli di PMA presso altre strutture, pubbliche e accreditate, venete o italiane con oneri a carico del SSN.

Firma dell'assistita _____

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore

_____

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 641 del 7 maggio 2013

Elenco dei Centri Prescrittori per l'impiego di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale autorizzati nella Regione del Veneto. Pubblicazione delle linee guida regionali per la prescrizione di farmaci che necessitano di monitoraggio intensivo.