

**DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO PER IL TRATTAMENTO DELL'OSTEOPOROSI
CON TERIPARATIDE E ORMONE PARATIROIDEO. (Nota AIFA EX79 BIS)**

Regione Molise

Paziente		
Cognome _____	Nome _____	
Data di nascita ___/___/___	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Codice Fiscale _____
ASL di appartenenza dell'assistito _____	Provincia _____	Regione _____

Centro / Medico Specialista Prescrittore _____

La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni di rischio:

Soggetti che incorrono in una nuova frattura vertebrale moderata-severa o frattura di femore in trattamento con uno degli altri farmaci della nota 79 (alendronato...) da almeno un anno per una pregressa frattura vertebrale moderata-severa o frattura di femore .

Soggetti che presentano cumulativamente tre o più pregresse fratture vertebrali severe o di femore o due fratture vertebrali severe e una frattura femorale prossimale, anche se in precedenza mai trattati con altri farmaci della nota 79 (alendronato)

Teriparatide, Ormone Paratiroideo

soggetti di età superiore a 50 anni in trattamento da più di 12 mesi con dosi > 5 mg/die di Prednisone o dosi equivalenti di altri corticosteroidi e che si presentano con una frattura vertebrale severa o due fratture vertebrali moderate.

Teriparatide

FARMACO PRESCRITTO _____ DURATA DEL TRATTAMENTO _____

Prima prescrizione Seconda Prescrizione Terza ed ultima Prescrizione

Timbro e firma del Medico Prescrittore

Data _____

NB - La nota si applica su diagnosi e piano terapeutico della durata di 6 mesi prolungabile di ulteriori periodi di sei mesi per non più di altre due volte, raggiungendo un totale complessivo di 18 mesi.