

**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 _____

<p>Centro / Medico Specialista Prescrittore</p> <hr/> <p>La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni di rischio:</p> <p><input type="checkbox"/> 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 .</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p>Teriparatide, Ormone Paratiroideo</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p>Teriparatide</p>

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 tre volte, raggiungendo un totale complessivo di 24 mesi