

PIANO TERAPEUTICO NOTA AIFA 79
- TERIPARATIDE, ORMONE PARATIROIDEO -
REGIONE MOLISE

Cognome e nome dell'assistito _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Domicilio in Via/Pzza _____ n. _____

Città _____ tel. _____

ASL di residenza dell'assistito _____ Regione _____

Medico curante _____

Diagnosi: _____

Formulata il _____ dalla U.O. _____

PROGRAMMA TERAPEUTICO

- **1 FRATTURA** **A = Maschio** ☐ **B = Femmina** ☐
- 1 FRATTURA VERTEBRALE SEVERA O 2 FRATTURE VERTEBRALI MODERATE
- ETA' SUPERIORE A 50 ANNI
- TRATTAMENTO DA PIU' DI 12 MESI CON DOSI > 5MG/ DIE DI PREDNISONE O EQUIVALENTI

- **2 FRATTURE** **C = Maschio** ☐ **D = Femmina** ☐
- PREGRESSA FRATTURA FEMORALE O VERTEBRALE MODERATA O SEVERA
- IN TRATTAMENTO CON ALTRI FARMACI DELLA NOTA 79 DA ALMENO UN ANNO
- UNA NUOVA FRATTURA DI FEMORE O VERTEBRALE MODERATA O SEVERA

- **3 FRATTURE** **E = Maschio** ☐ **F = Femmina** ☐
- 3 FRATTURE CUMULATIVE VERTEBRALI SEVERE O DI FEMORE, ANCHE IN ASSENZA DI PRECEDENTI TRATTAMENTI CON ALTRI FARMACI DELLA NOTA 79

TERIPARATIDE, Approvato AIFA Nota 79 per i casi A - B - C - D - E - F -
PTH 1-84, Approvato AIFA Nota 79 per i casi : D - F

Farmaco prescritto.....

Nota AIFA

Posologia.....

Durata prevista del trattamento 6 mesi (rinnovabili di ulteriori 6 mesi per un periodo complessivo non superiore a 18 mesi).....

Prima prescrizione

Prosecuzione della cura

Data.....

Timbro e firma del medico prescrittore

1)Redigere in 3 copie: al Servizio Farmaceutico dell'ASL di residenza del paziente; al MMG, per il tramite dell'assistito; al Centro ove viene compilato il PT .

2)Frattura vertebrale moderata => 25%

3)Frattura vertebrale severa => 40%