

MODALITA' DISTRIBUTIVE DEL FARMACO: FOCUS DISTRIBUZIONE DIRETTA E DPC

GESTIONE PRATICA IN FARMACIA

RISOLUZIONE DELLE PRINCIPALI CRITICITA'



FO-CE, 12-13 DICEMBRE 2022



MODALITA' DISTRIBUTIVE DEL FARMACO

CONVENZIONATA



Regime convenzionale di dispensazione tramite ricetta
DEMA o rossa.
Farmaco acquistato dalla farmacia e rimborsato dalla AUSL al netto di ticket, sconti e trattenute di legge

DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC)



Farmaco acquistato dall'AUSL e distribuito dalle farmacie con ricetta DEMA o rossa e con riconoscimento di un onere di prestazione a pezzo (L. 405/2001, Accordo DPC 2007 e s.m.i)

DISTRIBUZIONE DIRETTA (DDF)



Farmaco acquistato dall'AUSL e distribuito direttamente presso i punti erogativi Aziendali (L. 405/2001, DGR 539/2022, Dgr 896/2003)

DISTRIBUZIONE DIRETTA DEL FARMACO

DDF



Dispensazione del primo ciclo di terapia a seguito di visita specialistica ambulatoriale o dimissione da ricovero



Presa in carico di pazienti con terapia cronica a controllo ricorrente comprensiva di farmaci ad uso esclusivo DD



Attivazione della DPC per farmaci che richiedono PT (ad esclusione dei NAO e farmaci antidiabetici in nota 100)



Quando indirizzare il paziente in DDF?

- 1) **Vidimazione di un PT nuovo o da rinnovare ed attivazione griglia di monitoraggio** (ad esclusione dei farmaci NAO e farmaci nota 100 per i quali la vidimazione ed attivazione griglia deve essere effettuata dal farmacista territoriale)
- 1) **Farmaci ad uso esclusivo Distribuzione Diretta nella RER (Farmaci CEF).**
Sia per pazienti assistiti in RER che in altre Regioni, deve essere attivata la DDF. Inviare il paziente presso i punti erogativi aziendali, con tutta la documentazione a supporto della dispensazione (PT se previsto, referto specialistico...)



COSA VIDIMARE IN FARMACIA



- ✓ **Schede nota AIFA 97 solo se cartacee**
(per le schede informatizzate verificare la presenza in ricetta di numero Protocollo e data scadenza. In questo caso non serve vidimazione ed attivazione griglia monitoraggio)
- ✓ **PT AIFA NAO per TVP ed EP**
- ✓ **Schede nota AIFA 100**
- ✓ **PT AIFA per Dapagliflozin (FORXIGA®)
o Empagliflozin (JARDIANCE®) per
insufficienza cardiaca**



COSA INVIARE DA VIDIMARE IN DDF



- ✓ **Tutti i restanti Piani terapeutici
di farmaci in elenco DPC.**
Es. Farmaci nota 85 (es donepezil)
Farmaci nota 51 (es. enantone)
Clozapina 100 mg
Eritropoetine (es. Binocrit)
Farmaci nota 39 (Somatropina)
Sandostatina



**N.B.: NON E' PREVISTA VIDIMAZIONE A MEZZO MAIL
DA PARTE DELLA DDF**

Orari apertura Punti Erogativi

Distribuzione Diretta Farmaci Ambito di FORLÌ

DISTRIBUZIONE FARMACI Farmacia Ospedaliera FORLÌ	
dal Lunedì al Venerdì	dalle 8:30 alle 16:30
sabato	dalle 8:30 alle 13:00
Padiglione Morgagni, Piano Terra; Ospedale Morgagni-Pierantoni Forlì; Tel 0543 - 731100; Fax: 0543 738621	

DISTRIBUZIONE FARMACI Punto erogativo FORLIMPOPOLI	
Giovedì	9:00/13:30 e 14:00/16:00
Via Duca D'Aosta, 33 47034 Forlimpopoli [c/o Casa della Salute] Tel. e Fax 0543-733234	

distribuzione.diretta.fo@auslromagna.it

Orari apertura Punti Erogativi

Distribuzione Diretta Farmaci Ambito di CESENA

N. VERDE 800487398

DISTRIBUZIONE FARMACI

Farmacia Ospedaliera CESENA

dal Lunedì al Venerdì dalle 8:30 alle 16:30
sabato dalle 8:30 alle 13:00

Piastra Servizi - Piazzale Giommi n.140;
Ospedale Bufalini Cesena;
Tel 0547-352687; Fax: 0547-352688

DISTRIBUZIONE FARMACI

Punto Erogativo CESENATICO

Martedì/Venerdì 8:30/13:30 e 14:00/16:00

Corso Peticari n. 119
Ospedale Marconi di Cesenatico;
Tel e Fax 0547-674808

DISTRIBUZIONE FARMACI

Punto Erogativo SAVIGNANO SUL RUBICONE

Lunedì/Mercoledì 8:30/13:30 e 14:00/16:00

Corso Peticari n. 119
Ospedale di Comunità "S. Colomba";
Tel 0541-809938; Fax: 0541-801013

distribuzione.diretta.ce@auslromagna.it



CASO 1

Si presenta in farmacia un paziente con PT nuovo di Enantone 3,75 mg e ricetta DEMA.

**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE SSN (1)**

NOME E COGNOME DELL'ASSISTITO.....
ETA'.....49.....
SESSO M F TESSERA SANITARIA DELL'ASSISTITO.....
INDIRIZZO.....RN.....
USL DI RESIDENZA DELL'ASSISTITO.....PROVINCIA.....
REGIONE.....
MEDICO CURANTE.....

DIAGNOSI.....neoplasia mammaria
opere
FORMULATA IN DATA 2018 DA:
MEDICO GENERALE/PEDIATRA
CLINICA UNIVERSITARIA
ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE S. (IRCCS)
CENTRO/AMBULATORIO SPECIALISTICO
REPARTO OSPEDALIERO
DAY HOSPITAL
MEDICO SPECIALISTA
SEDE REGIONE.....

PROGRAMMA TERAPEUTICO:
FARMACO/I PRESCRITTO/I (SPECIALITA') ENANTONE 3,75 mg
POSOLOGIA 1 fl opiu 28 gg
DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO (2) 12 mesi
PRIMA PRESCRIZIONE PROSECUZIONE DELLA CURA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE
DATA 21/03/2024

(1) Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della AUSL e al medico curante che ha in carico l'assistito.
(2) Non oltre 12 mesi, per il proseguimento eventuale della terapia redigere un nuovo piano terapeutico.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

015A2 400001005

COGNOME E NOMINAZI DELL'ASSISTITO:
INDIRIZZO VIA.....CAP.....CITTA'.....PROV.....
ESIDIONE.....SIGLA PROVINCIA.....CODICE ASL.....DISPOSIZIONE REGIONALI
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) N°.....ALTRO.....PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.S.D.P.)
PRESCRIZIONE.....DATA.....MOTIVAZIONE.....

ENANTONE*IM SC SIR 3,75 MG/MLRP	1

QUESTO DIAGNOSTICO:
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: DATA: CODICE FISCALE DEL MEDICO:
CODICE AUTENTICAZIONE:
Allegato al testo dell'art. 11, comma 18 del DL 31 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Cosa fa il farmacista?



CASO 3

Si presenta in farmacia un paziente con modulo regionale per la prescrizione di Ivabradina e ricetta DEMA.

Assessorato Politiche per la salute – Commissione Regionale del Farmaco
ALLEGATO DOC. PTR N.95
Logo Azienda Sanitaria

Modulo Richiesta Ivabradina

U.O./Ambulatorio: _____ Nome e cognome prescrittore: _____
Paziente (nome e cognome) _____ Data nascita _____
Codice Fiscale _____ AUSL di residenza _____

La prescrizione di Ivabradina nel trattamento sintomatico dell'ANGINA PECTORIS CRONICA STABILE in pazienti con normale ritmo sinusale è a carico del SSR nelle seguenti condizioni (da barrare e specificare):
 controindicazione (_____) o intolleranza ai beta-bloccanti (_____);
 controindicazione (_____) o intolleranza al calcio antagonisti (_____);
 in associazione con betabloccanti e non adeguato controllo con l'uso di betabloccanti al massimo dosaggio utilizzato (_____), o ad esso intolleranti, frequenza cardiaca > 60 bpm e intolleranza o inefficacia al calcio antagonista (_____).

Il trattamento a base di beta bloccanti va considerato di prima scelta

La prescrizione di Ivabradina nel trattamento dello SCOMPENSO CARDIACO CRONICO in classe NYHA da II a IV, in associazione con la terapia convenzionale, che include il trattamento con un beta-bloccante o nel caso in cui la terapia con un beta-bloccante sia controindicata o non tollerata, è a carico del SSR nelle seguenti condizioni:
 nei pazienti in ritmo sinusale, disfunzione sistolica ventricolare sinistra (FE < 35%), già in terapia con un ACE inibitore (o sartano) e un diuretico antiadosteronico e che presentano una delle seguenti caratteristiche:
1. intolleranza ai betabloccanti e frequenza cardiaca >70 battiti/min;
2. intolleranza ai betabloccanti, prevalentemente per ipotensione, e che non abbiano ancora raggiunto una bradicardizzazione efficace;
3. tachiaritmia malgrado l'uso di betabloccanti a dosaggi congrui.

N.B. la prescrizione è riservata ai specialisti aziendali di ambito cardiologico e la dispensazione del farmaco è in esclusiva erogazione diretta.

PRIMA PRESCRIZIONE PROSECUZIONE TERAPIA

IVABRADINA COMPRESSE DIVISIBILI 5 MG IVABRADINA COMPRESSE 7,5 MG
DOSE/DIE _____ VALIDITA' DEL MODULO _____

Data (gg/mm/aaaa) 28/10/2022 Timbro e firma del medico prescrittore
Dott. Mario Bianchi

Aggiornamento Febbraio 2019 del Modulo di richiesta di Ivabradina allegato al Documento approvato nella seduta della CRF del 22 Dicembre 2018

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

		01262		400001005	
CODICINE E NOMINALI DELL'ASSISTITO:					
INDIRIZZO VIA _____		CAP _____	CITTA' _____	PROV _____	
ESIZIONE _____		SIGLA PROVINCIA _____		CODICE ASL _____	
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) _____		ALTRO _____		DISPOSIZIONI REGIONALI _____	
		PRICITA' PRESCRIZIONE (S.B.D.P.) _____			
		PRESCRITTORE _____		DATA _____	
				CODICE FISCALE DEL MEDICO _____	
				CODICE AUTENTICAZIONE _____	
				Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 18 del DL 21 mag 2010, n.78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 feb 2011	

QUESTO DIAGNOSTICO:
N. COMPRESSE/PRESTAZIONE: **PROCORALAN*56 CPR RIV 5 MG** DATA: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____
CODICE AUTENTICAZIONE: _____

1

Cosa fa il farmacista?



CASO 3

Ivabradina rientra nei medicinali **C**oncedibili **E**xtra **F**armacia (CEF) in Regione Emilia Romagna.

Uso Esclusivo Distribuzione Diretta



Il Farmacista territoriale invia il paziente, munito di modulo regionale, in Distribuzione Diretta dove verrà preso in carico anche per le successive dispensazioni

NO RICETTA DEMA O ROSSA

CASI PIU' FREQUENTI DI FARMACI CEF SUL TERRITORIO

- Clexane T (dosaggi diversi dal 4.000)
- Ivabradina (Procoralan)
- Sacubitril/Valsartan (Entresto)
- Lamivudina
- Farmaci nota 74 (infertilità. Es. Meropur, Gonal F)

Appendice 4. Elenco dei farmaci ad esclusiva erogazione tramite distribuzione diretta (DD)

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	VIA
A16AA04	Mercaptamina	os
A16AA05	Acido carglumico	os
A16AX03	Sodio fenilbutirrato	os
A16AX06	Miglustat	os
A16AX07	Sapropterina	os
A16AX10	Eliglustat	os
B01AC11	Iloprost	inal
C01BD07	Dronedarone	os
C01EB17	Ivabradina	os
C01EB18	Ranolazina	os
C02KX01	Bosentan	os
C02KX02	Ambrisentan	os
C02KX04	Macitentan	os
C02KX05	Riociguat	os
C07AA05	Propranololo (soluzione)	os
C09DX04	Sacubitril/Valsartan	os
C10AX12	Lomitapide	os
C10AX13	Evolocumab	sc
C10AX14	Alirocumab	sc
D06BB10	Imiquimod	loc
D11AH05	Dupilumab	sc
D11AX18	Diclofenac	loc
G03BA03	Testosterone (undecanoato)	im
G03BA03	Testosterone	gel
G03GA02	Menotropina	sc
G03GA04	Urofollitropina	sc
G03GA05	Follitropina alfa	sc
G03GA06	Follitropina beta	sc
G03GA07	Lutropina alfa	sc
G03GA08	Coriogonadotropina alfa	sc
G03GA09	Corifollitropina alfa	sc
G03GA10	Follitropina delta	sc
G03GA30	Follitropina alfa+ Lutropina alfa	sc
G04BE03	Sildenafil	os
G04BE08	Tadalafil	os
G04BE10	Avanafil	os
H01CB05	Pasireotide	sc
H04AA01	Glucagone	nao
J01CE08	Benzilpenicillina benzatinica ¹	im
J01XX08	Linezolid	os
J02AC03	Voriconazolo	os
J02AC04	Posaconazolo	os
J05AB04	Ribavirina	os
J05AF08	Adefovir dipivoxil	os
J05AF10	Entecavir	os

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	VIA
J05AF11	Telbivudina	os
J05AF13	Tenofovir alafenamide	os
J05AP54	Elbasvir + Grazoprevir	os
J05AP55	Sofosbuvir + velpatavir	os
J05AP56	Sofosbuvir, Velpatasvir e Voxilaprevir	os
J05AP57	Glecaprevir + Pibrentasvir	os
L01AB01	Buzulfano	os
L01AX03	Temozolomide	os
L01BB05	Fludarabina	os
L01BC06	Capecitabina	os
L01BC52	Fluorouracile + acido salicilico	loc
L01BC53	Tegafur + Urafile	os
L01CA04	Vinorelbina	os
L01CE01	Topotecan	os
L01EA01	Imatinib	os
L01EC01	Vemurafenib	os
L01EC02	Dabrafenib	os
L01EE01	Trametinib	os
L01EE02	Cobimetinib	os
L01EE03	Binimetinib	os
L01EG02	Everolimus ²	os
L01XU01	Vismodegib	os
L01XX23	Mitotano	os
L01XX35	Anagrelide	os
L03AB13	Peginterferone beta-1a	sc
L04AC07	Facilizumab	sc
L04AX07	Dimetil fumarato	os
L04AA06	Micofenolato mofetile	os
L04AA06	Micofenolato sodico	os
L04AA27	Fingolimod	os
L04AA31	Teriflunomide	os
M05BX04	Denosumab	sc
M09AX03	Ataluren	os
N02BG10	Delta-9-Tetraidrocannabinolo + Cannabidiolo ³	os
N05CD08	Midazolam	os
N06BA14	Solriamfetol	os
N06BX13	Idobenone	os
N07AX01	Pilocarpina	os
N07BA03	Vareniclina	os
N07XX02	Riluzolo	os
N07XX06	Tetrabenazina	os
N07XX11	Pibolisant	os
R03DX05	Omalizumab	sc
R03DX09	Mepolizumab	sc
R03DX10	Benralizumab	sc
R05CB13	Dornase alfa	inal
R07AX02	Ivacaftor	os
R07AX30	Lumacaftor + Ivacaftor	os

ATE	PRINCIPIO ATTIVO	VIA
R07AX01	Tecovair + Ivacaftor	os
R07AX02	Ivacaftor + Tecovair + lumacaftor	os
VELAA02	Errore allergico di pelle di 5 grammine	si
VELAA02	Errore allergico di pelle di 1 grammine	si
VEVACO	Defetilopone	os
VEVACO	Defetilopone	os



DISPENSAZIONE IN URGENZA CON PT SCADUTO



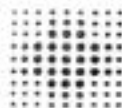
E' buona norma sensibilizzare il paziente prima della scadenza del PT (almeno due mesi prima) circa la necessità di provvedere a rinnovare il PT, soprattutto se si tratta di PT specialistico che richiede prenotazione di visita.

Con PT scaduto è possibile dispensare in urgenza, previa presentazione di valida ricetta medica, **1 SOLA CONFEZIONE DEL MEDICINALE PRESCRITTO.**

E' buona norma circostanziare in ricetta che la confezione è stata dispensata in urgenza per continuità terapeutica con PT scaduto (stessa cosa vale per la griglia di monitoraggio)

Se trattasi di farmaco NAO in nota 97 o farmaci in nota 100 (escluse le associazioni tra farmaci della nota), prescrivibile dal MMG è consigliabile che venga contattato il curante per informarlo circa la necessità di rinnovare la scheda di prescrizione.

N.B. NON INVIARE IL PAZIENTE IN DISTRIBUZIONE DIRETTA



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

MODULO MONITORAGGIO DISPENSAZIONI FARMACI IN DPC
(DA ALLEGARE AL PIANO TERAPEUTICO)

FARMACO	ENANTONE IH SC SIR 3,75 mg/ml RP
FABBISOGNO TOTALE DEL FARMACO CALCOLATO SULLA BASE DEL PIANO TERAPEUTICO IN CONFEZIONI N°:	13

DATA	QUANTITA' CONSEGNA- TA (CONFEZIONI)	QUANTITA' RESIDUA (CONFEZIONI)	TIMBRO DELLA FARMACIA E FIRMA DEL FARMACISTA	FIRMA PER RICEVUTA DEL PAZIENTE
29/10/2021	0	13		
30/10/2021	X			
30/10/2021	2	11		
03/12/2021	2	9		
12/02/2022	2	7		
20/04/22	2	5		
18/06/22	2	3		
29/08/22	2	1		
19/11/22	1	0		
SPEDITA	1 PER URGENZA			PIANO NON ANCORA RINNOVATO



NB: quando terminato spedire all'Ufficio Farmaceutico di competenza.



DISPENSAZIONE BIOSIMILARE IN ELENCO DPC



Si presenta in farmacia un paziente con **RICETTA DEMA DI INSULINA LISPRO
SENZA INDICAZIONE DEL NOME COMMERCIALE**

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2		4000001005	
-------	--	------------	--

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO VIA: _____ CAP: _____ CITTA': _____ PROV: _____

ESENZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI: _____
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): _____ ALTRO: _____ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE 100UI/ML	2	

QUESTO DIAGNOSTICO: _____
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: _____ DATA: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____
CODICE AUTENTICAZIONE: _____

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011




Cosa fa il farmacista?



PRESCRIZIONI CONFEZIONAMENTI NON PRESENTI IN DPC

CASO 1

Si presenta in farmacia un paziente con **RICETTA DEMA DI VIMPAT 14 CPR 50 MG**

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO			
		 010A2	 4000001005		
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:					
INDIRIZZO VIA:	CAP:	CITTA':	PROV:		
ESERIZIONE:		SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:	
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):		ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.S.D.P.):		
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA		
VIMPAT 14 CPR 50 MG		2			
QUESTO DIAGNOSTICO:					
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI:		TIPO RICETTA:	DATA:	CODICE FISCALE DEL MEDICO:	
CODICE AUTENTICAZIONE:					

Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

NO PT

La G.U. n. 259 del 5.11.2022 ha reso esecutiva la Determina con cui AIFA ha **eliminato il Piano terapeutico per la prescrizione delle formulazioni ad uso orale di lacosamide**, precedentemente introdotto (G.U. n. 151 del 30.06.2022 modificato come da G.U. n. 178 del 01.08.2022).

Cosa fa il farmacista?



CASO 1

In DPC disponibile confezionamento da 56 cpr.
Il farmacista dovrà avere cura di **contattare il medico prescrittore.**



In assenza di particolari necessità cliniche (inizio terapia per antiepilettico) si avvisa il prescrittore in merito alla sostituzione del prodotto con quello disponibile in DPC e si esplicita al paziente la tipologia di confezionamento erogato.

N.B. non è necessario richiedere una nuova prescrizione ma si consiglia di farla redigere in quanto, trattandosi di terapia cronica, in caso di ripetizione ricetta da parte del MMG verrebbe nuovamente prescritto il confezionamento da 14 cpr

In caso di reali necessità cliniche, si dispensa il prodotto in convenzionata

Stampare il promemoria.
Annotare che è stato contattato il prescrittore che conferma la necessità del confezionamento a minor numero di unità posologiche. Trasmettere il promemoria al Servizio Farmaceutico di ambito

N.B.: in caso di urgenza ed oggettiva impossibilità a contattare il medico prescrittore, chiedere al paziente se trattasi di inizio terapia. In caso affermativo dispensare in convenzionata. In caso negativo erogare in DPC. In ogni caso circostanziare l'accaduto sul promemoria



PRESCRIZIONI CONFEZIONAMENTI NON PRESENTI IN DPC

CASO 2

Si presenta in farmacia un paziente con **RICETTA DEMA DI INHIXA 10 SIR 4.000 UI 0,4 ML + COPRIAGO**

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 010A2	 4000001005
COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO VIA:	CAP:	CITTA':	PROV.:
ESENZIONE: TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) H:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL: ALTRO:	DISPOSIZIONI REGIONALI: PRIORITA' PRESCRIZIONE (S.U.D.F.):
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
INHIXA 10 SIR 4.000 UI 0,4 ML COPRIAGO		1	
QUESITO DIAGNOSTICO:		DATA:	
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:		CODICE FISCALE DEL MEDICO:	
CODICE AUTENTICAZIONE:			

Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Cosa fa il farmacista?



CASO 2

Il farmacista **DISPENSA IL
PRODOTTO DISPONIBILE IN DPC:**



INHIXA 10 SIR 4.000 UI 0,4 ML



Se la ricetta non può essere chiusa sul flusso SAR provvedere a sospenderla.
Chiuderla sulla WEB DPC



PRESCRIZIONI PARTICOLARI FARMACI EQUIVALENTI IN DPC

CASO 3

Si presenta in farmacia un paziente con **RICETTA DEMA DI ARIPIPIRAZOLO ORO 28 CPR 10 MG**

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 010A2	 4000001005
COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO VIA:	CAP:	CITTA':	PROV':
ESENZIONE: TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) H:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL: ALTRO:	DISPOSIZIONI REGIONALI: PRIORITA' PRESCRIZIONE (S.U.D.F.):
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
ARIPIPIRAZOLO ORO 28 CPR 10 MG		2	
QUESITO DIAGNOSTICO: N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: CODICE AUTENTICAZIONE:		DATA:	CODICE FISCALE DEL MEDICO:

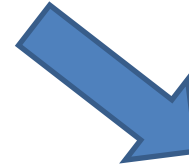
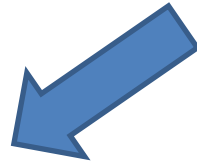
Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Cosa fa il farmacista?



CASO 3

In DPC disponibile formulazione in compresse non orodispersibili. Le due formulazioni: orodispersibile e compresse (non ORO) sono in lista di trasparenza ed intercambiabili tra di loro



In assenza di indicazione di non sostituibilità del medico in ricetta viene dispensato il farmaco in elenco DPC

In presenza di indicazione di non sostituibilità del medico in ricetta deve essere comunque attivato il percorso previsto dalla Circ. 18/2013




*MMG o
Specialista che
ha in carico il
paziente*


ARIPIRAZOLO AURO*28CPR 10MG


**Relazione clinica del medico dove
specifica che sono presenti
problematiche legate alla
deglutizione ed autorizzazione AUSL**


PAZIENTI NON RESIDENTI IN ER: CASI PARTICOLARI (1)





 D: Ricette rosse (della Regione Emilia Romagna) di farmaci in DPC nella nostra Regione rilasciate dalla guardia medica a paziente di altra Regione

 R: Come per le DEMA, **vale la circolarità della ricetta anche per le ricette rosse**, pertanto il farmacista dispensa il farmaco in DPC

 D: Ricette DEMA redatte da medico di altra Regione di farmaco in DPC che in ER richiede particolari formalismi (es: non sostituibilità per continuità terapeutica per antiepilettici), in assenza della dicitura prevista

 R: Il farmacista **dispensa il farmaco prescritto** in DPC (se disponibile) o in convenzionata (se non disponibile in DPC) in quanto il medico di altra regione non può essere a conoscenza dei formalismi richiesti per la non sostituibilità in ER

 D: Ricette DEMA di Clexane prescritte da medico di altra regione a paziente non residente in ER

 R: **Il farmacista eroga Clexane** ed invia copia della ricetta al Servizio Farmaceutico

PAZIENTI NON RESIDENTI IN ER: CASI PARTICOLARI (2)



D: Ricetta di farmaco brand non disponibile in DPC (es. Femara®) prescritta da medico di altra regione a paziente non residente in ER con indicazione di non sostituibilità



R: Se il paziente permane per breve periodo in ER si eroga Femara® in SSN. Se il paziente permane a lungo in ER e fa la scelta del MMG si applica la Circolare 18 con autorizzazione AUSL dalla erogazione successiva, se i tempi sono ristretti



D: Ricetta DEMA prescritta da medico di altra Regione di farmaco in DPC soggetto a PT es. Ticagrelor a paziente di altra Regione



R: Il farmacista cerca di recuperare copia del PT AIFA (se presente), se il paziente ne è sprovvisto eroga in DPC UNA SOLA CONFEZIONE annotando sulla ricetta l'impossibilità di recuperare il PT.



Il paziente deve ritirare un farmaco soggetto a conservazione a temperatura controllata tra +2°C e +8°C (es. insulina, Retacrit, Binocrit, Ozempic...)

Cosa fa il farmacista?



Il farmacista informa adeguatamente il paziente rispetto alle modalità di conservazione del farmaco e suggerisce di munirsi di borsa termica, ogni qual volta ritira il farmaco, per il trasporto del medicinale al domicilio.



È compito del farmacista informare il paziente che risulta fondamentale garantire una corretta conservazione dei medicinali per mantenerne invariate le proprietà e l'efficacia.



E' bene inoltre ricordare che, per mantenere inalterate le proprietà del farmaco, i medicinali vanno conservati nella loro confezione originale, contenente inoltre il foglietto illustrativo, il numero di lotto e la data di scadenza del prodotto.

NOTA AIFA 100





Si presenta in farmacia un paziente con una scheda di prescrizione nota AIFA 100 e ricetta DEMA.

Cosa fa il farmacista?

Nota AIFA 100_Scheda di prima prescrizione (versione del 20 maggio 2022)

Nota AIFA 100_Scheda di prima prescrizione (versione del 20 maggio 2022)

SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE

**DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4
NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2**

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow up periodico (Specialista SM, Medico di Medicina Generale).

Scheda di prima prescrizione

Medico prescrittore DOTT. CLAUDIO ROSSI Tel. 123456789
 Specificare se: Medico di Medicina Generale Specialista in _____
 U.O. _____ Az. Sanitaria AUSL DELLA ROMAGNA
 Paziente (nome e cognome) MARIO BIANCHI
 Sesso: M F Data di nascita 01/01/1940 Codice Fiscale XXXXXXXXXXXXXXX
 Residenza RAVENNA

Valutazione
 Paziente in trattamento con metformina: Sì No, per controindicazione o intolleranza
 Mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati e necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target: Sì

Indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:
 prevenzione CV secondaria*
 rischio CV elevato**
 scompenso cardiaco (solo se SGLT2)
 malattia renale cronica*** (solo se SGLT2)
 mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati****
 solo per DPP4: controindicazione o intolleranza a SGLT2 e GLP1-RA (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)
 altra motivazione (specificare) _____

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia ischemica, IMA, ictus arterioso, angiodisplasia, protuberanza di rivascolarizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (pregresso ictus o TIA, rivascolarizzazione carotidea) e arteriopatia periferica sintomatica.

**per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi carotidea >50%), presenza di danno in un organo target, presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >60 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).

***per malattia renale cronica si intende la presenza di GFR <60 mL/min e/o di albuminuria (micro o macro).

****per i DPP4: solo nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica e scompenso cardiaco.

Peso corporeo (kg) 80 Altezza (m) 180 BMI (kg/m²) _____
 HbA1c recente (mmol/mol) _____ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) _____
 eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____
 Albuminuria: non valutata assente microalbuminuria macroalbuminuria/proteinuria

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/le	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/500 mg per 1 volta/le <input type="checkbox"/> 10/2000 mg per 2 volta/le <input type="checkbox"/> 100/500 mg per 2 volta/le <input type="checkbox"/> 100/1000 mg per 2 volta/le
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/le		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/500 mg per 1 volta/le <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 1 volta/le <input type="checkbox"/> 5/100 mg per 2 volta/le <input type="checkbox"/> 10/1000 mg per 2 volta/le
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/le		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/500 mg per 1 volta/le <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 1 volta/le <input type="checkbox"/> 10/1000 mg per 2 volta/le <input type="checkbox"/> 20/1000 mg per 2 volta/le
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/le		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 1 volta/le <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volta/le
DPP4	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 5,25 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/le	DPP4/RA	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/500 mg per 2 volta/le <input type="checkbox"/> 25/500 mg per 2 volta/le
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/le		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/500 mg per 2 volta/le <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volta/le
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/le		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/500 mg per 2 volta/le <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volta/le
	<input checked="" type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/le		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/500 mg per 2 volta/le <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 volta/le
SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 1 volta/le <input type="checkbox"/> 80 mg una volta/le	SGLT2/RA/RA	<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/500 mg per 1 volta/le <input type="checkbox"/> 80/1000 mg per 2 volta/le
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/le		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 10/500 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 15/500 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 25/500 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 50/500 mg una volta/le
	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg per 1 volta/le <input type="checkbox"/> 300 mg per 2 volta/le		<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 100/500 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 200/1000 mg una volta/le
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 10 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/le		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/500 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 10/1000 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 25/1000 mg una volta/le
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mg per 1 volta/le <input type="checkbox"/> 10 mg per 2 volta/le	SGLT2/RA/RA	<input type="checkbox"/> empagliflozin/liraglutin	<input type="checkbox"/> 100/1 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 20/5 mg una volta/le
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 1 mg una volta/settimana		<input type="checkbox"/> saxagliptin/liraglutin	<input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/le
	<input type="checkbox"/> liraglutin	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/le		<input type="checkbox"/> empagliflozin/liraglutin	<input type="checkbox"/> 5/100 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 10/200 mg una volta/le
	<input type="checkbox"/> tizateridone	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 20 mg una volta/le		<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide panna	<input type="checkbox"/> 600 unità una volta/le da 0,1 unità/kg a inizio + adatta su base glicemica
SGLT2/RA/RA	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/le	SGLT2/RA/RA/RA	<input type="checkbox"/> insulina glargina/tizateridone panna 30/40	<input type="checkbox"/> 600 unità una volta/le da 0,1 unità/kg a inizio + adatta su base glicemica
	<input type="checkbox"/> semaglutide i.v.	<input type="checkbox"/> 0,23 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/le <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/le		<input type="checkbox"/> insulina glargina/tizateridone panna 30/40	<input type="checkbox"/> 600 unità una volta/le da 0,1 unità/kg a inizio + adatta su base glicemica

La prescrizione dell'associazione SGLT2-DPP4 e SGLT2-DPP4-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diagnostiche individuali delle regioni.

La prescrizione delle associazioni eteropolimeriche SGLT2-DPP4 o SGLT2-DPP4-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in REA.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata _____

Data prescrizione per il follow up: 31/05/2023
 la validità della prima prescrizione è 2 massimo 3 mesi

Data di valutazione: 01/12/2022

Timbro e Firma del Medico
 Dott. Claudio Rossi

MMG convenzionato con AUSL Romagna

SERVIZIO SPEDIZIONE SANITARIA RICETTA ELETTRONICA PROMOSSA PER IL MEDICATO

COGNOME E NOME INIZIALE DEL MEDICATO: _____
 CODICE CIVILE: _____
 REGIONE: _____
 PROVINCIA: _____
 CODICE A.D.: _____
 TIPOLOGIA PRESSIONI/CONTENITORI: _____

PRESCRIZIONE	QUANTITÀ	NOTE
JANUVIA*28 CPR RIV 100 MG	1	100

01/12/2022

COME VALIDARE LE SCHEDE NOTA AIFA 100? 1) FORMALISMI



Nota AIFA 100, Scheda di prima prescrizione (versione del 28 maggio 2022)

SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4 NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SM, Medico di Medicina Generale).

Scheda di prima prescrizione

Medico prescrittore **DOTT. CLAUDIO ROSSI** Tel. **123456789**
 Specificare se: Medico di Medicina Generale Specialista in
 U.O. _____ Az. Sanitaria **AUSL DELLA ROMAGNA**
 Paziente (nome e cognome) **MARIO BIANCHI**
 Sesso: M F Data di nascita **01/01/1940** Codice Fiscale **XXXXXXXXXXXXXXX**
 Residenza **RAVENNA**

Valutazione

Paziente in trattamento con metformina: Sì No, per controindicazione o intolleranza
 Mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target. Sì

Indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:

- prevenzione CV secondaria*
- rischio CV elevato**
- scompenso cardiaco (solo se SGLT2)
- malattia renale cronica*** (solo se SGLT2)
- mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati****
- solo per DPP4: controindicazione o intolleranza a SGLT2 e GLP1-RA (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)
- altra motivazione (specificare) _____

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia ischemica, IMA, bypass aortocoronarico, angiodisplasia, prolasso di valvola aortica, coronaropatia, malattia cerebrovascolare (ictus o TIA, rivascolarizzazione (artidive) e arteriopatia periferica arteriosclerotica).

**per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (ex. malattia coronarica multivasale o stenosi coronaria >50%), presenza di danno in un organo target, presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >60 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).

***per malattia renale cronica si intende la presenza di GFR <60 mL/min/1,73 m² di albuminuria (micro o macro).

****per i DPP4: solo nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco.

Peso corporeo (kg) **80** Altezza (m) **180** BMI (kg/m²) _____
 HbA1c recente (mmol/mol) _____ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) _____
 eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____
 Albuminuria: non valutata assente microalbuminuria macroalbuminuria/proteinuria

**DURATA
PT**

Nota AIFA 100, Scheda di prima prescrizione (versione del 28 maggio 2022)

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2	canagliflozin	100 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	canagliflozin/metformina	50/800 mg per 2 volte/die
		300 mg una volta/die			100/1000 mg per 2 volte/die
	dapagliflozin	10 mg una volta/die		dapagliflozin/metformina	5/1000 mg per 2 volte/die
		25 mg una volta/die			5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	10 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	5/1000 mg per 2 volte/die
		25 mg una volta/die			5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	empagliflozin	5 mg una volta/die	SGLT2/DPP4	empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	empagliflozin	5 mg una volta/die		empagliflozin/metformina	2,5/1000 mg per 2 volte/die
		15 mg una volta/die			2,5/1500 mg per 2 volte/die
	emp				

COME VALIDARE LE SCHEDE NOTA AIFA 100? 2) DURATA



VERIFICARE SE SI TRATTA DI PRIMA PRESCRIZIONE (validità max 6 mesi) OPPURE DI FOLLOW UP (validità fino max 12 mesi)

Nota AIFA 100, Scheda di prima prescrizione (versione del 20 maggio 2022)

SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4 NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SM, Medico di Medicina Generale).

Scheda di prima prescrizione

Medico prescrittore: **DOTT. CLAUDIO ROSSI** Tel. **123456789**
 Specificare se: Medico di Medicina Generale Specialista in
 U.O. _____ Az. Sanitaria **AUSL DELLA ROMAGNA**
 Paziente (nome e cognome) **MARIO BIANCHI**
 Sesso: M F Data di nascita **01/01/1940** Codice Fiscale **XXXXXXXXXXXXXXX**
 Residenza **RAVENNA**

Valutazione

Paziente in trattamento con metformina: Sì No, per controindicazione o intolleranza
 Mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target. Sì

Indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:

- prevenzione CV secondaria*
- rischio CV elevato**
- scompenso cardiaco (solo se SGLT2)
- malattia renale cronica*** (solo se SGLT2)
- mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati****
- solo per DPP4: controindicazione o intolleranza a SGLT2 e GLP1-RA (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)
- altra motivazione (specificare) _____

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia ischemica, IMA, bypass aortocoronarico, angiodisplasia, prolasso di rivascolarizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (ictus o TIA, rivascolarizzazione (artidica) e arteriopatia periferica arteriosclerotica).

**per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi coronaria >50%), presenza di danno in un organo target, presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >50 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).

***per malattia renale cronica si intende la presenza di GFR <60 mL/min/1.73 m² di albuminuria (micro o macro).

****per i DPP4: solo nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco.

Peso corporeo (kg) **80** Altezza (m) **180** BMI (kg/m²) _____
 HbA1c recente (mmol/mol) _____ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) _____
 eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____
 Albuminuria: non valutata assente microalbuminuria macroalbuminuria/proteinuria

Nota AIFA 100, Scheda di prima prescrizione (versione del 20 maggio 2022)

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/500 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 100/500 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 500/500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/500 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 10/1000 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/500 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 10/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 10/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die
		<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> 5/1500 mg per 2 volte/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	SGLT2/RA	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,

COME VALIDARE LE SCHEDE NOTA AIFA 100? 3) PRESCRITTORE



Nota AIFA 100_Scheda di prima prescrizione (versione del 20 maggio 2022)

SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4 NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SM, Medico di Medicina Generale).

Scheda di prima prescrizione

Medico prescrittore DOTT. CLAUDIO ROSSI Tel. 123456789
 Specificare se: Medico di Medicina Generale Specialista in
 U.O. _____ Az. Sanitaria AUSL DELLA ROMAGNA
 Paziente (nome e cognome) MARIO BIANCHI
 Sesso: M F Data di nascita 01/01/1940 Codice Fiscale XXXXXXXXXXXXXXX
 Residenza RAVENNA

Valutazione

Paziente in trattamento con metformina: Sì No, per controindicazione o intolleranza
 Mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target. Sì

Indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:

- prevenzione CV secondaria*
- rischio CV elevato**
- scompenso cardiaco (solo se SGLT2)
- malattia renale cronica*** (solo se SGLT2)
- mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati****
- solo per DPP4: controindicazione o intolleranza a SGLT2 e GLP1-RA (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)
- altra motivazione (specificare) _____

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia ischemica, IMA, bypass aortocoronarico, angiodisplasia, prolasso di valvola aortica, coronaropatia, malattia cerebrovascolare (ictus o TIA, rivascolarizzazione (ipertensiva) e arteriopatia periferica arteriosclerotica).

**per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi coronaria >50%), presenza di danno in un organo target, presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >60 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).

***per malattia renale cronica si intende la presenza di GFR <60 mL/min/1,73 m² di albuminuria (micro o macro).

****per i DPP4: solo nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco.

Peso corporeo (kg) 80 Altezza (m) 180 BMI (kg/m²) _____
 HbA1c recente (mmol/mol) _____ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) _____
 eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____
 Albuminuria: non valutata assente microalbuminuria macroalbuminuria/proteinuria

Nota AIFA 100_Scheda di prima prescrizione (versione del 20 maggio 2022)

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
GLP1	Liraglutide	<input type="checkbox"/> 3,6 mg una volta/1 settimana	SGLT2	Empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 10/100 mg per 2 volte
		<input type="checkbox"/> 7,2 mg una volta/1 settimana			<input type="checkbox"/> 20/200 mg per 2 volte
		<input type="checkbox"/> 14,4 mg una volta/1 settimana			<input type="checkbox"/> 25/250 mg per 2 volte
GLP1	Semaglutide	<input type="checkbox"/> 0,5 mg una volta/1 settimana	SGLT2	Empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/100 mg per 2 volte
		<input type="checkbox"/> 1 mg una volta/1 settimana			<input type="checkbox"/> 5/200 mg per 2 volte
		<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/1 settimana			<input type="checkbox"/> 10/200 mg per 2 volte
GLP1	Dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/1 settimana	SGLT2	Empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 10/100 mg per 2 volte
		<input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/1 settimana			<input type="checkbox"/> 20/200 mg per 2 volte
		<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/1 settimana			<input type="checkbox"/> 25/250 mg per 2 volte
GLP1	Ertuglutide	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/1 settimana	SGLT2	Empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 10/100 mg per 2 volte
		<input type="checkbox"/> 4 mg una volta/1 settimana			<input type="checkbox"/> 20/200 mg per 2 volte
		<input type="checkbox"/> 8 mg una volta/1 settimana			<input type="checkbox"/> 25/250 mg per 2 volte
GLP1	Lixumet	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/1 settimana	SGLT2	Empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 10/100 mg per 2 volte
		<input type="checkbox"/> 6 mg una volta/1 settimana			<input type="checkbox"/> 20/200 mg per 2 volte
		<input type="checkbox"/> 12 mg una volta/1 settimana			<input type="checkbox"/> 25/250 mg per 2 volte
GLP1	Orforglutide	<input type="checkbox"/> 0,5 mg una volta/1 settimana	SGLT2	Empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 10/100 mg per 2 volte
		<input type="checkbox"/> 1 mg una volta/1 settimana			<input type="checkbox"/> 20/200 mg per 2 volte
		<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/1 settimana			<input type="checkbox"/> 25/250 mg per 2 volte
GLP1	Retatrutide	<input type="checkbox"/> 0,5 mg una volta/1 settimana	SGLT2	Empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 10/100 mg per 2 volte
		<input type="checkbox"/> 1 mg una volta/1 settimana			<input type="checkbox"/> 20/200 mg per 2 volte
		<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/1 settimana			<input type="checkbox"/> 25/250 mg per 2 volte

VERIFICARE IN BASE AL FARMACO SE IL PRESCRITTORE E' AUTORIZZATO

La prescrizione dell'associazione SGLT2+DPP4 o SGLT2+GLP1-RA può essere esclusivamente di parte di specialisti di strutture diabetologiche autorizzate dalle Regioni.

La prescrizione delle associazioni eterogenee SGLT2+DPP4 o SGLT2+GLP1-RA deve essere utilizzata esclusivamente nelle associazioni tra molecole autorizzate in REA.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata _____

Data prevista per il follow-up: 31/05/2023
 la validità della prima prescrizione è di 2 (due) mesi

Data di valutazione: 01/12/2022

Timbro e firma del Medico

Dott. Claudio Rossi
 MMG convenzionato con AUSL Romagna

TIMBRO E FIRMA MEDICO

CONTROLLARE IL PRESCRITTORE



Farmaci soggetti a Nota AIFA 100

Prescrizione MMG e specialisti SSN con accesso al sistema TS:

INIBITORI DPP4

- alogliptin
- linagliptin
- saxagliptin
- sitagliptin
- vildagliptin

AGONISTI RECETTORIALI GLP-1

- dulaglutide
- exenatide
- exenatide LAR
- liraglutide
- lixisenatide
- semaglutide

INIBITORI SGLT-2

- canagliflozin
- dapagliflozin
- empagliflozin
- ertugliflozin

In MONOTERAPIA o in ASSOCIAZIONE ad altri farmaci non inclusi
in nota (METFORMINA, PIOGLITAZONE, INSULINA)

Prescrizione esclusiva specialisti SSN operanti in strutture autorizzate dalla
Regione:

INIBITORI SGLT-2 + INIBITORI
DPP4

INIBITORI SGLT-2 + AGONISTI RECETTORIALI GLP-
1

NOTA BENE!

AGONISTI RECETTORIALI GLP-1 + INIBITORI
DPP4

ASSOCIAZIONE NON PREVISTA!!!

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2	<input type="checkbox"/> canaglifozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2/MF	<input type="checkbox"/> canaglifozin/metformina	<input type="checkbox"/> 30/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapaglifozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapaglifozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empaglifozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empaglifozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertaglifozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertaglifozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4/TZD	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die	SGLT2/ DPP4	<input type="checkbox"/> empaglifozin/linagliptin	<input type="checkbox"/> 10/5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/settimana		<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapaglifozin	<input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die	GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 70U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40U di glargine e da 7 a 20 mcg di lixisenatide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 50-60	dosi unitarie una volta/die (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide i.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett			

INIBITORI
SGLT-2

INIBITORI
DPP4

AGONISTI
RECETTORIALI GLP-1

Associazioni
con farmaci
non inclusi in
Nota 100
(metformina,
pioglitazone,
insulina)

INIBITORI SGLT-
2 + INIBITORI
DPP4



La prescrizione dell'associazione SGLT2+DPP4 o SGLT2+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni.

La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2+DPP4 o SGLT2+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: _____

Data prevista per il Follow up: _____
la validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi

Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

VALIDAZIONE SCHEDA – Insulina glargine/Lixisenatide (Suliqua®)



SULIQUA E' DISPONIBILE IN DUE PENNE, CHE CONSENTONO DIVERSE OPZIONI DI DOSAGGIO:
SULIQUA PENNA 10-40
SULIQUA PENNA 30-60

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> canaglifozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canaglifozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapaglifozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapaglifozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empaglifozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empaglifozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertuglifozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertuglifozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,15 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/T2D	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die		SGLT2i/DPP4i	<input type="checkbox"/> empaglifozin/linagliptin
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/settimana	<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapaglifozin		<input type="checkbox"/> 5/20 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/die	GLP1-RA/Insulina	<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna	dosì unitarie una volta/die da 10 a 300 U di degludec e da 0,2 a 10 U di liraglutide
	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosì unitarie una volta/die da 10 a 40 U di glargine e da 1 a 20 mcg di lixisenatide
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosì unitarie una volta/die da 30 a 60 U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide
<input type="checkbox"/> semaglutide i.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett				

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuali dalle Regioni.
 La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: _____

Data prevista per il Follow up: _____
La validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi

Data di valutazione _____ Timbro e Firma del Medico _____

SULIQUA PENNA 10-40
 LA PENNA PRERIEMPITA SULIQUA 100 UNITA'/ML + 50 MCG/ML EROGA DOSI UNITARIE DA 10-40 UNITA' DI INSULINA GLARGINE IN ASSOCIAZIONE CON 5-20 MCG DI LIXISENATIDE

SULIQUA PENNA 30-60
 LA PENNA PRERIEMPITA SULIQUA 100 UNITA'/ML + 33 MCG/ML EROGA DOSI UNITARIE DA 30-60 UNITA' DI INSULINA GLARGINE IN ASSOCIAZIONE CON 10-20 MCG DI LIXISENATIDE

PER EVITARE ERRORI DI TERAPIA CONTROLLARE CHE IL DOSAGGIO DEL FARMACO INDICATO IN RICETTA DAL MEDICO CORRISPONDA A QUELLO PRESENTE NELLA SCHEDA NOTA 100!!

GLP1-RA/ Insulina	<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	<input checked="" type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die 10U (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

01042 400001005

COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO VIA: _____ CAP: _____ CITTÀ: _____ PROV: _____

ESAZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI: _____
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) (M): _____ ALTRO: _____ PRIORITÀ PRESCRIZIONE (U, S, D, P): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTE
SULIQUA*3PEN 100U/ML+50MCG/ML	1	100

QUESTO DIAGNOSTICO: _____
 N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: _____ DATA: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____
 CODICE AUTENTICAZIONE: _____

Regolamento al centro dell'art. 11, comma 10 del DL 31 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

GLP1-RA/ Insulina	<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	<input checked="" type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die 30U (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

01042 400001005

COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO VIA: _____ CAP: _____ CITTÀ: _____ PROV: _____

ESAZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI: _____
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) (M): _____ ALTRO: _____ PRIORITÀ PRESCRIZIONE (U, S, D, P): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTE
SULIQUA*3PEN 100U/ML+33MCG/ML	1	100

QUESTO DIAGNOSTICO: _____
 N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: _____ DATA: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____
 CODICE AUTENTICAZIONE: _____

Regolamento al centro dell'art. 11, comma 10 del DL 31 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

ESEMPIO CONTEGGIO FABBISOGNO SCHEDA NOTA 100 – Liraglutide

(Victoza®)

FABBISOGNO:

$\frac{\text{N}^\circ \text{GIORNI DI VALIDITA' PT}}{\text{N}^\circ \text{UNITA' POSOLOGICHE/POSOLOGIA DIE}}$

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
GLP1	<input type="checkbox"/> ceragliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2/SGLT1	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 30/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 30/2000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/950 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/2000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/2000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/2000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12.5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12.5/2000 mg per 2 vv/die
SGLT2	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die	SGLT2/SGLT1	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/2000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12.5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12.5/2000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/2000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/2000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/2000 mg per 2 vv/die
DPP4	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die	DPP4/MF	<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 25/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 25/2000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2.5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2.5/2000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2.5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2.5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2.5/2000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 25/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 25/2000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 75 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/2000 mg per 2 vv/die
DPP4/GLP1	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0.75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1.5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3.0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4.5 mg una volta/sett	DPP4/GLP1	<input type="checkbox"/> sitagliptin/pragliflozin	<input type="checkbox"/> 12.5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mg per 2 vv/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/linagliptin	<input type="checkbox"/> 10/5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide LA	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/settimana		<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die
	<input checked="" type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0.6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1.2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1.8 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna	dosì unitarie una volta/die da 10 a 50 U di insulina o da 10 a 1.8 mg di liraglutide
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 60 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 120 mcg una volta/die	GLP1-RA/insulina	<input type="checkbox"/> insulina glargina/lixisenatide penna 10-40	dosì unitarie una volta/die da 10 a 40 U di insulina o da 5 a 20 mcg di lixisenatide
	<input type="checkbox"/> semaglutide orali	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina glargina/lixisenatide penna 30-60	dosì unitarie una volta/die da 10 a 60 U di insulina o da 10 a 20 mcg di lixisenatide
	<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0.25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0.50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1.0 mg una volta/sett			

Ogni penna contiene 30 dosi da 0,6 mg oppure 15 dosi da 1,2 mg oppure 10 dosi da 1,8 mg

NEL CASO SPECIFICO:
1 PENNA= 15 GG
1 CONF= 2 PENNE
180GG:
(30/1)= 6 CONFEZIO NI

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

MODULO MONITORAGGIO DISPENSAZIONI FARMACI IN GPC (DA ALLEGARE AL PIANO TERAPEUTICO)

FARMACO: Victoza 6mg/ml penne, posologia 1,2 mg/die
FABBISOGNO TOTALE DEL FARMACO CALCOLATO SULLA BASE DEL PIANO TERAPEUTICO IN CONFEZIONI N°: 6 conf

DATA	QUANTITA' CONSEGNIATA (CONFEZIONI)	QUANTITA' RESIDUA (CONFEZIONI)	TAMBOR DELLA FARMACIA E FIRMA DEL FARMACISTA	FIRMA PER RICEVUTA DEL PAZIENTE
02/04/2022	1	5	Farmacia XX Dott. XY	Marco Bianchi

NB: quando terminato spedire all'Ufficio Farmaceutico di competenza.

La prescrizione dell'associazione SGLT2+DPP4 o SGLT2+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni.
La prescrizione delle associazioni antipertensive SGLT2+DPP4 e SGLT2+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.
Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: _____
Data prevista per il Follow up: 01/10/2022
La validità del rinnovo della prescrizione è di massimo di 12 mesi
Data di valutazione: 01/04/2022
Dott. Mario Rossi R5SMRA76R28H294C
MMG convenzionato con AUSL Romagna



Si presenta in farmacia un paziente con una ricetta DEMA di farmaco DPC non assoggettato a PT.

CASO 1

Cosa fa il farmacista?

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 4000001005

COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO

INDIRIZZO VIA CAP CITTÀ PROV.

ESENZIONE: SIGLA PROVINCIA: CODICE ASL: DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) ALTRA: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P.)

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
HUMALOG KWIKPEN 100UI/ML	2	
15 unità 3 volte die		

QUESTO DIAGNOSTICO: N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: DATA: CODICE FISCALE DEL MEDICO:
CODICE AUTENTICAZIONE:

Regolamento al capo dell'art.11, comma 18 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

ESEMPIO 1 PRESCRIZIONE FARMACO DPC OVE VI E' INDICAZIONE DELLA POSOLOGIA

ESEMPIO 2 PRESCRIZIONE FARMACO DPC SENZA SPECIFICA POSOLOGIA

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 4000001005

COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO

INDIRIZZO VIA CAP CITTÀ PROV.

ESENZIONE: SIGLA PROVINCIA: CODICE ASL: DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) ALTRA: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P.)

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
HUMALOG KWIKPEN 100UI/ML	2	

QUESTO DIAGNOSTICO: N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: DATA: CODICE FISCALE DEL MEDICO:
CODICE AUTENTICAZIONE:

Regolamento al capo dell'art.11, comma 18 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011



Il Farmacista provvede a conteggiare il n° di confezioni erogabili prima di dispensare il farmaco.

CASO 1

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		  010A2 400001005	
COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO VIA:	CAP:	CITTA':	PROV.:
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONE REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) (1):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P.):	NOTA:
	PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
	HUMALOG KWIKPEN 100UI/ML	2	
	15 unità 3 volte die		
QUESTO DIAGNOSTICO:			
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONE:	TIPO RICETTA:	DATA:	CODICE FISCALE DEL MEDICO:
CODICE AUTENTICAZIONE:			



ESEMPIO 1 PRESCRIZIONE FARMACO DPC OVE VI E' INDICAZIONE DELLA POSOLOGIA

LE CONF PRESCRITTE NON SUPERANO 60GG DI TERAPIA (MAX EROGABILE)
DISPENSARE 2 CONFEZIONI

NEL CASO SPECIFICO:

1 PENNA= 300U
 1 CONF= 5 PENNE

1500U TOT: 45U DIE= 33 GG DI TERAPIA

ESEMPIO 2 PRESCRIZIONE FARMACO DPC SENZA SPECIFICA POSOLOGIA

POICHE' NON SI CONOSCE LA POSOLOGIA E LE CONFEZIONI PRESCRITTE NON SUPERANO LA DOSE MAX GIORNALIERA, DISPENSARE IL N° DI CONFEZIONI INDICATE IN RICETTA



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		  010A2 400001005	
COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO VIA:	CAP:	CITTA':	PROV.:
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONE REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) (1):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P.):	NOTA:
	PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
	HUMALOG KWIKPEN 100UI/ML	2	
QUESTO DIAGNOSTICO:			
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONE:	TIPO RICETTA:	DATA:	CODICE FISCALE DEL MEDICO:
CODICE AUTENTICAZIONE:			



Si presenta in farmacia un paziente con una ricetta DEMA di farmaco DPC non assoggettato a PT.

CASO 2

Cosa fa il farmacista?

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 400001005		
COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO:		
INDIRIZZO VIA:	CAP CITTÀ PROV:	
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA: CODICE ASL: DISPOSIZIONE REGIONALI:	
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) (H):	ALTRA PRIORITY PRESCRIZIONE (S) (S.D.P.):	
PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
ABASAGLAR KWIKPEN 100UI/ML	2	
20 unità la sera		

QUESTO DIAGNOSTICO: N. CONFEZIONI/PRESTAZIONE: TIPO RICETTA: DATA: CODICE FISCALE DEL MEDICO: CODICE AUTENTICAZIONE:

Rilasciata ai sensi dell'art. 11, comma 18 del DL 21 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

ESEMPIO 1 PRESCRIZIONE FARMACO DPC OVE VI E' INDICAZIONE DELLA POSOLOGIA

ESEMPIO 2 PRESCRIZIONE FARMACO DPC SENZA SPECIFICA POSOLOGIA

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 400001005		
COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO:		
INDIRIZZO VIA: 013	CAP CITTÀ PROV:	
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA: CODICE ASL: DISPOSIZIONE REGIONALI:	
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) (H):	ALTRA PRIORITY PRESCRIZIONE (S) (S.D.P.):	
PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
ABASAGLAR KWIKPEN 100UI/ML	3	

QUESTO DIAGNOSTICO: N. CONFEZIONI/PRESTAZIONE: TIPO RICETTA: DATA: CODICE FISCALE DEL MEDICO: CODICE AUTENTICAZIONE:

Rilasciata ai sensi dell'art. 11, comma 18 del DL 21 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011



Il Farmacista provvede a conteggiare il n° di confezioni erogabili prima di dispensare il farmaco.

CASO 2

ESEMPIO 1 PRESCRIZIONE FARMACO DPC OVE VI E' INDICAZIONE DELLA POSOLOGIA

LE CONF PRESCRITTE SUPERANO 60GG DI TERAPIA (MAX EROGABILE)
DISPENSARE SOLO 1 CONFEZIONE!

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 D:0A2 400001005	
COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO VIA:	CAP:	CITTA':	PROV:
ESIZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONE REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) (1):	ALTRA:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (S) (S.D.P.):	NOTA:
	PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
	ABASAGLAR KWIKPEN 100UI/ML	2	
	20 unità la sera		
QUESTO DIAGNOSTICO:			
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONE: TIPO RICETTA: DATA: CODICE FISCALE DEL MEDICO:			
CODICE AUTENTICAZIONE:			



NEL CASO SPECIFICO:

1 PENNA= 300U
1 CONF= 5 PENNE

1500U TOT: 20U DIE= 75 GG DI TERAPIA

ESEMPIO 2 PRESCRIZIONE FARMACO DPC SENZA SPECIFICA POSOLOGIA

POICHE' NON SI CONOSCE LA POSOLOGIA E LE CONFEZIONI PRESCRITTE NON SUPERANO LA DOSE MAX GIORNALIERA, DISPENSARE IL N° DI CONFEZIONI INDICATE IN RICETTA



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 D:0A2 400001005	
COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO VIA:	013	CAP:	CITTA':
ESIZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONE REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) (1):	ALTRA:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (S) (S.D.P.):	NOTA:
	PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
	ABASAGLAR KWIKPEN 100UI/ML	3	
QUESTO DIAGNOSTICO:			
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONE: TIPO RICETTA: DATA: CODICE FISCALE DEL MEDICO:			
CODICE AUTENTICAZIONE:			



Si presenta in farmacia un paziente con una PT AIFA di Dapagliflozin (FORXIGA®) oppure Empagliflozin (JARDIANCE®) per insufficienza cardiaca e ricetta DEMA.

Cosa fa il farmacista?

Codice Paziente Isia. Paz. Data Registrazione Data di Nascita
28220310130470002615 EG.CA. 10/03/2022 01/10/1943

ANAGRAFICA PAZIENTE:

Codice fiscale: [REDACTED]
 Cognome: [REDACTED]
 Nome: [REDACTED]
 Sesso: M
 Data di nascita: 01/10/1943
 Nazione di nascita: ITALIA
 Regione: EMILIA ROMAGNA
 Comune: CESENA
 ASL di residenza: CESENA

PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO: FORXIGA - INSUFFICIENZA CARDIACA
 SINTOMATICA CRONICA CON RIDOTTA
 FRAZIONE DI EIEZIONE

Numero del Piano Terapeutico: 1
 Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico: 32007524
 Centro prescrittore: OSPEDALE "MAURIZIO DUFALINI" CESENA
 Medico prescrittore: sandra bartolucci
 Medico di medicina generale: PIGNATOSI FRANCESCO
 Codice medico di medicina generale: 527040

Posologia: 10 mg/die - 52 sett.
 Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia: 10 mg/die - 52 sett.
 Data del Piano Terapeutico: 10/03/2022
 Durata Piano Terapeutico (settimane): 52
 Altri farmaci per lo scompenso: ACE-inibitore - Beta bloccante

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		010A2 4000001005 	
COGNOME E NOMINAZIALE DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO VIA:	CAP:	CITTA':	PROV.:
ESIENZIONE:		SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S):		ALTRO:	DISPOSIZIONE REGIONALE:
PRESCRIZIONE		PRIORITY PRESCRIZIONE (U & D.P):	DATA:
FORXIGA*28CPR RIV 10MG		1	

QUESTO SINDRISTICO:
 N. CONFEZIONI/PRESTAZIONE: TIPO RICETTA: DATA: 10/03/2022
 CODICE FISCALE DEL MEDICO:
 CODICE AUTENTICAZIONE:

Rilasciato al centro dell'art. 11, comma 18 del DL 21 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

DAPAGLIFLOZIN ed EMPAGLIFLOZIN hanno anche indicazione negli adulti per “trattamento dell’insufficienza cardiaca cronica sintomatica con frazione di eiezione ridotta”



Codice Paziente	Isit. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
20220310130470002615	EG.CA.	10/03/2022	01/10/1943

ANAGRAFICA PAZIENTE:

Codice fiscale:

Cognome:

Nome:

Sesso:

Data di nascita:

Nazione di nascita:

Regione:

Comune:

ASL di residenza:

[REDACTED]

[REDACTED]

M

01/10/1943

ITALIA

EMILIA ROMAGNA

CESENA

CESENA

PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO:

FORXIGA - INSUFFICIENZA CARDIACA
SINTOMATICA CRONICA CON RIDOTTA
FRAZIONE DI EIEZIONE

Numero del Piano Terapeutico:

1

Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico:

32007524

Centro prescrittore:

OSPEDALE "MAURIZIO DUFALINI" CESENA

Medico prescrittore:

sandra bartolucci

Medico di medicina generale:

PIGNATOSI FRANCESCO

Codice medico di medicina generale:

527040

Posologia:

10 mg/die - 52 sett

Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia:

10 mg/die - 52 sett

Data del Piano Terapeutico:

10/03/2022

Durata Piano Terapeutico (settimane):

52

Altri farmaci per lo scompenso:

ACE-inibitore - Beta bloccante

IL FARMACISTA GESTISCE IL PT AIFA ALLO STESSO MODO CON CUI GESTISCE GLI ALTRI PIANI TERAPEUTICI E LE SCHEDE AIFA CARTACEE (VIDIMAZIONE, COMPILAZIONE GRIGLIA...).

Prescrizione esclusiva dei Centri individuati dalla Regione (Ambulatori dedicati alla gestione dei pazienti con scompenso cardiaco in grado di garantirne un follow-up periodico) con compilazione di un PT web based AIFA

La ricetta NON deve riportare la nota AIFA 100 in quanto questa indicazione terapeutica non è soggetta a nota!!!!





GESTIONE DI UN NUOVO PT IN PRESENZA DI UN PT GIA' ATTIVO

Si presenta in farmacia un paziente con RICETTA DEMA E NUOVO PT DI FORXIGA 10 MG 28 CPR. IL PZ HA GIA' UNA SCHEDA ATTIVA PER LO STESSO FARMACO E DOSAGGIO (PERTANTO TRATTASI DI RINNOVO)

Codice Paziente	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
2015116214851900004758	GLLO.	02/11/2005	14/03/1942

ANAGRAFICA PAZIENTE:

Codice fiscale:
Cognome:
Nome:
Sesso: M
Data di nascita: 14/03/1942
Nazione di nascita: ITALIA
Regione: SICILIA
Comune: PALERMO
ASL di residenza: BI

PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO: FORXIGA - INSUFFICIENZA CARDIACA SINTOMATICA CRONICA CON RIDOTTA FRAZIONE DI EIEZIONE

Numero del Piano Terapeutico: 1
Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico: 32542401
Centro prescrittore: AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA
Medico prescrittore: Francesca Russo
Medico di medicina generale: 0000
Codice medico di medicina generale: 0000

Posologia: 10 mg/die - 52 sett
Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia: 10 mg/die - 52 sett
Data del Piano Terapeutico: 19/04/2022
Durata Piano Terapeutico (settimane): 52
Altri farmaci per lo scompenso: Bloccante del recettore dell'angiotensina II (sartano) - Beta bloccante - Diuretico - Antialdosteronico

Codice Paziente	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
2015116214851900004758	GLLO.	02/11/2005	14/03/1942

ANAGRAFICA PAZIENTE:

Codice fiscale:
Cognome:
Nome:
Sesso: M
Data di nascita: 14/03/1942
Nazione di nascita: ITALIA
Regione: SICILIA
Comune: PALERMO
ASL di residenza: BI

PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO: FORXIGA - INSUFFICIENZA CARDIACA SINTOMATICA CRONICA CON RIDOTTA FRAZIONE DI EIEZIONE

Numero del Piano Terapeutico: 2
Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico: 32545298
Centro prescrittore: AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA
Medico prescrittore: Francesca Russo
Medico di medicina generale: 0000
Codice medico di medicina generale: 0000

Posologia: 10 mg/die - 52 sett
Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia: 10 mg/die - 52 sett
Data del Piano Terapeutico: 10/10/2022
Durata Piano Terapeutico (settimane): 52
Altri farmaci per lo scompenso: Bloccante del recettore dell'angiotensina II (sartano) - Beta bloccante - Diuretico - Antialdosteronico

Cosa fa il farmacista?



CHIUDE IL PT PRECEDENTE ANNULANDO LA RELATIVA GRIGLIA. ED ATTIVA IL NUOVO PT CON NUOVA GRIGLIA

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

MODULO MONITORAGGIO DISPENSAZIONI FARMACI IN DPC
(DA ALLIGARE AL PIANO TERAPEUTICO)

FARMACO: **FORMIGA 50 MG 28 CAP**

FABBISOGNO TOTALE DEL FARMACO CALCOLATO SULLA BASE DEL PIANO TERAPEUTICO IN CONFEZIONI N°: **13 CONF**

DATA	QUANTITÀ CONSEGNA TA (CONFEZIONI)	CONFEZIONI RICEVUTE (CONFEZIONI)	ESPOSIZIONE	FIRMA PER RICEVUTA DEL PAZIENTE
22/04/22	1	12		
17/05/22	52	10		
10/06/22	2	8		
20/07/22	1	7		

ESARCO
PER ATTIVAZIONE
DI NUOVO PIANO TERAPEUTICO

[Signature]

NB: quando terminato spedire all'Ufficio Farmaceutico di competenza.





GESTIONE DI UN NUOVO PT IN PRESENZA DI UN PT GIA' ATTIVO

Si presenta in farmacia un paziente con RICETTA DEMA E NUOVA SCHEDA AIFA 100 DI DULAGLUTIDE (TRULICITY) . NELLA SCHEDA E' INDICATO CHE IL PAZIENTE E' IN TRATTAMENTO CON JANUVIA (SITAGLIPTIN)

Nota AIFA 100_Scheda di rinnovo della prescrizione (versione del 21 gennaio 2023)

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2	<input type="checkbox"/> canagliptin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2/MP	<input type="checkbox"/> canagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vci/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vci/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vci/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vci/die
	<input type="checkbox"/> dapagliptin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vci/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vci/die
	<input type="checkbox"/> empagliptin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vci/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vci/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vci/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vci/die
	<input type="checkbox"/> erisagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> erisagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vci/die <input type="checkbox"/> 3,5/1000 mg per 2 vci/die
DPP4	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4/MP	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vci/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vci/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vci/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vci/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vci/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vci/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vci/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vci/die
	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vci/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vci/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vci/die
	<input checked="" type="checkbox"/> dulaglutide	<input checked="" type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett		DPP4/TZD	<input type="checkbox"/> alogliptin/janaglitazono
<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mg per 2 vci/die <input type="checkbox"/> 10 mg per 2 vci/die	SGLT2/ DPP4	<input type="checkbox"/> empagliptin/linagliptin		<input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25,5 mg una volta/die
GIP1RA	<input type="checkbox"/> exenatide LAR		<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/settimana	GIP1RA/ insulina	<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapagliptin
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> insulina degludec/degludec penina		dosì con il diabete a insulina 0,1-0,2 mg di liraglutide da 10 a 100 mg di degludec e da 0,1 a 1,8 mg di liraglutide
	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 60 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penina 30-40		dosì con il diabete da 10 a 100 mg di glargine e da 3 a 30 mg di lixisenatide
	<input type="checkbox"/> semaglutide o/pic	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penina 30-40		dosì con il diabete da 10 a 100 mg di glargine e da 3 a 30 mg di lixisenatide
	<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett			

*Cosa fa
il farmacista?*

Inibitore DDP-4
prescrivibile in nota 100.
Deve esistere una
precedente scheda nota
100 attiva

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: Sitagliptin

Data prevista per il Follow up: 01/04/2023
la validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi

Data di valutazione: 01/10/2022

Timbro e Firma del Medico
Dott. Rossi specialista Diabetologo



GESTIONE DI UN NUOVO PT IN PRESENZA DI UN PT GIA' ATTIVO

Nel caso di farmaci in nota 100, qualora sia prescritto un nuovo farmaco, è necessario verificare la terapia concomitante (non tutte le associazioni tra P.A. in nota 100 sono possibili).

Nel caso specifico: ***non è possibile associare un inibitore DDP-4 con un analogo GLP-1***



Contattare lo specialista prescrittore per informarlo circa l'impossibilità ad erogare il farmaco in quanto non è prevista la rimborsabilità in nota 100 per tale associazione



Verranno forniti i contatti telefonici delle Diabetologie Aziendali

PT REGIONALE – Insulina degludec (Tresiba®)



L'insulina degludec non è tra i farmaci inseriti in Nota 100

Con Det. AIFA 688/2022 è stato eliminato il PT previsto per la prescrizione di insulina degludec. La classificazione del farmaco ai fini della fornitura passa da RRL a RR.



Poiché la Regione Emilia-Romagna dovrà esprimersi in merito al mantenimento o all'abolizione del PT REGIONALE fino ad oggi in vigore, fino a decisione della Commissione Regionale del Farmaco, si mantiene il PT in essere.



Assessorato Politiche per la salute – Commissione Regionale del Farmaco

PIANO TERAPEUTICO REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI INSULINA DEGLUDEC

Unità Operativa _____
Medico prescrittore (nome e cognome) _____
Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome o iniziali) _____ Data di nascita _____
Codice Fiscale _____
Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____
Tel. _____ AUSL di residenza _____ Regione _____
Medico di Medicina generale _____

Al fine della rimborsabilità, come da Determina AIFA, la prescrizione dovrà avvenire a cura delle strutture Diabetologiche (incluse le diabetologie pediatriche) ospedaliere o territoriali del SSN o convenzionate (specialisti in Medicina Interna, Endocrinologia, Geriatria) utilizzando il Piano Terapeutico regionale; l'erogazione è limitata alla distribuzione diretta.

Criteri di eleggibilità

diabete mellito di tipo 1* diabete mellito di tipo 2**

Precedente trattamento con insulina basale (specificare quale _____) sì no

e presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

assenza di un controllo glicemico adeguato nelle 24 h con il trattamento insulinico multivettivo comprendente un'attiva insulina basale;

presenza di ipoglicemie notturne in corso di trattamento con altra insulina basale;

necessità di flessibilità di orario nella somministrazione della insulina basale e capacità di gestire tale flessibilità.

Prescrizione:

Insulina degludec 100 U/ml Flexpen da 3 ml

Dose e durata del trattamento

Dose/die _____ Durata prevista del trattamento: _____ N. conf. _____

prima prescrizione prosecuzione della cura

Farmaci associati:

insulina rapida altro/i ipoglicemizzante/i orali (specificare quale/i) _____[†]

Data _____ timbro e firma del Medico prescrittore _____

[†] nel DM 1 insuli e degludec è rimborsata SSN quando prescritta in associazione con una insulina rapida

^{**} nel DM2 insulina degludec è rimborsata SSN quando prescritta in associazione con ipoglicemizzanti per cui è rimborsata l'associazione con una insulina basale e in associazione con una insulina rapida

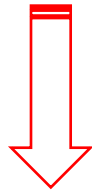
^{††} In caso di prescrizione in associazione contemporanea con un farmaco appartenente alla classe dei DPP4 inibitori, dei GLP1 RA e degli SGLT2 inibitori oppure della associazione prescritta con i GLP1 RA inibitori, nel rispetto di quanto previsto dalla Nota SIFA 100 occorre compilare la "SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE DI INIBITORI DEL SGLT2, ASSOCIATI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4 NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2" allegata alla Nota e disponibile sul sito di SIFA all'indirizzo: <https://www.sifa.gov.it/area-ssn>

FARMACI NAO



FARMACI SOGGETTI A PT - FARMACI NAO TVP/EP

TRATTAMENTO DELLA TVP, EMBOLIA
POLMONARE E PREVENZIONE DELLE
RECIDIVE DI TVP/EP



PIANO TERAPEUTICO redatto SOLO da Specialista
+
ricetta DEMA-DPC (senza nota AIFA).
Dal 1° luglio in vigore il PT AIFA in sostituzione dei PT SOLE

Codice Farmaco	MLP (ML)	Data Registrazione	Data di Validità
38020000000000000000	00.00	01/01/2018	01/01/2021
ANAGRAFICA PAZIENTE:			
Codice fiscale:			
Cognome:			
Nome:			
Sesso:			
Data di nascita:			
Nazione di nascita:			
Regione:			
Provincia:			
Comune:			
ASL di residenza:			
PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO:			
Numero del Piano Terapeutico:			
Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico:			
Centro prescrittore:			
Medico prescrittore:			
Medico di medicina generale:			
Codice medico di medicina generale:			
Posologia:			
Dose/Die e Dose calcolata in base alla posologia:			
Data del Piano Terapeutico:			
Durata Piano Terapeutico (settimane):			

ELIQUIS - TRATTAMENTO TVP

1

25089403

OSPEDALE DI BORGO SAN LORENZO

XXXX

5 mg 2 volte al giorno per 52 settimane

10.00 mg

OGGI

52

DOSAGGIO E POSOLOGIA DIE

DATA EMISSIONE

DURATA PT



FARMACI SOGGETTI A PT - FARMACI NAO TVP/EP

CASO 1

Si presenta in farmacia un paziente con ricetta con codice esenzione per patologia 013 e prescrizione di 3 confezioni di Xarelto 20 mg e PT AIFA in corso di validità.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 4000001005

COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO VIA: **013** CAP: _____ CITTA': _____ PROV: _____

ESENZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI: _____
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): _____ ALTRO: _____ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
XARELTO*28CPR RIV 20MG	3	

QUESITO DIAGNOSTICO: _____
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: _____ DATA: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____
CODICE AUTENTICAZIONE: _____

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 18 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Codice Patient: _____ N. Ric. _____ Data Esposizione: **12/12/2022** Data di Termine: _____

ANAGRAFICA PAZIENTE:
Civita' Reside: _____
Cognome: _____
Nome: _____
Sesso: _____ F
Data di Nascita: _____ 00/00/00
Luogo di nascita: _____ ITALIA
Regione: _____ TOSCANA
Provincia: _____ FIRENZE
Comune: _____ SAN GIOVANNI
ASL o struttura: _____ FOLU

PIANO TERAPIUTICO PER IL FARMACO: **XARELTO*28CPR RIV**
20MG

Numero del Piano Terapeutico: _____
Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico: _____
Centro prescrittore: _____ OSPEDALE DI BORGO SAN LORENZO
Medico prescrivitore: _____
Medico di medicina generale: _____
Codice medico di medicina generale: _____ 0000

Posologia: _____
Dose/Or e Dose saltate in caso di prescrizione: _____ **20MG 1 VOLTA AL DI**
Data del Piano Terapeutico: _____
Data del Piano Terapeutico (ultimata): _____ 00

Cosa fa il farmacista?



FARMACI SOGGETTI A PT - FARMACI NAO TVP/EP

CASO 1

Il farmacista autorizza il PT mediante predisposizione della griglia e dopo aver verificato:

- la posologia giornaliera sul PT
 - a presenza del codice di esenzione per patologia sulla ricetta,
 - che si tratti di una terapia già in corso,
- può erogare le 3 confezioni di Xarelto 20 mg prescritte in quanto 2 confezioni da 28 cpr non coprirebbero i 60 giorni di terapia e registra la dispensazione sulla griglia.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

01GA2 400001005

COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO VIA: **013** CAP: _____ CITTA': _____ PROV.: _____

ESENZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALE:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S.M.): _____ ALTRO: _____ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P.): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
XARELTO*28CPR RIV 20MG	3	

QUESTIONE DIAGNOSTICO: _____ N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: _____ DATA: **12/12/2022** SCALE DEL MEDICO: _____
CODICE AUTENTICAZIONE: _____

Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 18 del DL 21 mag 2010, n.78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Codice Paziente: _____ N. In. _____ Data Prescrizione: **12/12/2022** Sess. di Nasc. _____

ANAGRAFICA PAZIENTE: _____

Codice Ricetta: _____ Cognome: _____ Nome: _____ Sesso: _____ F _____

Data di Nascita: _____ INQUADRO _____

Nazione di nascita: _____ ITALIA _____

Regione: _____ TOSCANA _____

Provincia: _____ FIRENZE _____

Comune: _____ SAN GIORGIO _____

ASL di residenza: _____ FOLU _____

TIPOLOGIA TERAPIA PER IL FARMACO: **XARELTO*28CPR RIV**

Numero del Piano Terapeutico: **20MG**

Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico: _____

Centro prescrittore: **OSPEDALE DI BORGO SAN LORENZO**

Medico prescrittore: _____

Medico di medicina generale: _____

Codice medico di medicina generale: _____

Posologia: **20MG 1 VOLTA AL DI**

Dose/Or e Dose calcolata in base alle prescrizione: _____

Data del Piano Terapeutico: _____

Quota Piano Terapeutico (subtotale): _____



FARMACI SOGGETTI A PT - FARMACI NAO TVP/EP

CASO 2

Si presenta in farmacia un paziente con ricetta con codice esenzione per patologia e prescrizione di 3 confezioni di Pradaxa 110mg e PT AIFA in corso di validità.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 4000001005

COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO VIA: **013** CAP: _____ CITTA': _____ PROV: _____

ESENZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI: _____
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): _____ ALTRO: _____ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P): _____

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H)	PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
	PRADAXA*60 CPS 110MG	3	

QUESITO DIAGNOSTICO: _____
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: _____ DATA: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____
CODICE AUTENTICAZIONE: _____

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 18 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Codice Paziente: _____ No. Ric. _____ Data Esposizione: **12/12/2022** Area di Rete: Internet

RICETTA PAZIENTE

Codice fiscale: _____
Cognome: _____
Nome: _____
Sesso: _____
Data di nascita: _____
Motivo di nascita: _____
Regione: _____
Provincia: _____
Comune: _____
ASL di residenza: _____

PAZIENTE IDENTIFICATO PER IL FARMACO: **PRADAXA*60 CPS 110MG**

Numero del Piano Temporale: _____
Codice identificativo univoco del Piano Temporale: _____
Centro presettoria: **OSPEDALE DI BORGO SAN LORENZO**
Medico presettoria: _____
Medico di medicina generale: _____
Codice medico di medicina generale: _____

Posologia: **110 MG 2 VOLTE AL DI**

Descrizione e Data scadenza in base alla posologia: _____
Data del Piano Temporale: _____
Quanto Piano Temporale (settimane): _____

Cosa fa il farmacista?



FARMACI SOGGETTI A PT - FARMACI NAO TVP/EP

CASO 2

Il farmacista, autorizza il PT mediante predisposizione della griglia e dopo aver verificato:

- la posologia giornaliera sulla scheda/PT,
 - la presenza del codice di esenzione per patologia sulla ricetta,
 - che si tratti di una terapia già in corso,
- eroga **SOLO 2 confezioni di Pradaxa*60 cps 110 mg** (informando medico e paziente) a copertura di 60 giorni di terapia e registra la dispensazione sulla griglia.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 400001005

COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO VIA: **013** CAP: _____ CITTA': _____ PROV: _____

ESENZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI: _____
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S): _____ ALTRO: _____ PRIORITA' PRESCRIZIONE (S.B.D.P.): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
PRADAXA*60 CPS 110MG	3	

QUESITO DIAGNOSTICO: _____ DATA: **12/12/2022** SCALE DEL MEDICO: _____
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: _____
CODICE AUTENTICAZIONE: _____

Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 18 del DL 21 mag 2010, n.78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Colore Paziente: _____ Sex: _____ Data Registrazione: **12/12/2022** Data di Nascita: _____
INTELLAGGI/COMUNICAZIONE: _____ ANNO: _____

ANAGRAFICA PAZIENTE:
Codice fiscale: _____
Cognome: _____
Nome: _____
Sex: _____ F
Data di nascita: _____ 09/03/1945
Sezione di nascita: _____ ITALIA
Regione: _____ TOSCANA
Provincia: _____ FIRENZE
Comune: _____ SAN GIOVANNI
ASL di residenza: _____ FORLÌ

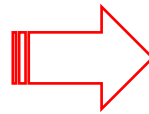
PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO: PRADAXA*60 CPS 110MG

Numero del Piano Terapeutico: _____ 1
Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico: _____ 7028403
Centro prescrittore: _____ OSPEDALE DI BORGIO SAN LORENZO
Medico prescrittore: _____
Medico di medicina generale: _____
Codice medico di medicina generale: _____ 666

Posologia: _____
Dose/De e Dose calcolata in base alla posologia: _____ 110 MG 2 VOLTE AL
Data del Piano Terapeutico: _____ DI
Durata Piano Terapeutico (ultimata): _____ 30

FARMACI SOGGETTI A PT - FARMACI NAO NOTA 97 FANV

FIBRILLAZIONE ATRIALE
NON VALVOLARE (FANV)



Nota AIFA 97

SCHEDA DI PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA NOTA AIFA 97
(DA SPECIALISTA O MMG)
+
RICETTA DEMA-DPC CON NOTA 97 CON N. PROTOCOLLO E SCADENZA SCHEDA
ELETTRONICA



ESEMPI – FARMACI NAO NOTA 97 FANV

CASO 1

Si presenta in farmacia un paziente con ricetta DEMA di Xarelto*28 cpr 20 mg in nota 97 senza n. protocollo e data di scadenza.

Presenta scheda informatizzata stampata senza timbro e firma del medico.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 4000001005

COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO VIA: _____ CAP: _____ CITTA': _____ PROV: _____

ESENZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI: _____
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S), N: _____ ALTRO: _____ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.S.D.F.): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
XARELTO*28CPR RIV 20MG	2	97

QUESITO DIAGNOSTICO: _____
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: _____ DATA: 12/12/2022 _____ E FISCALE DEL MEDICO: _____
CODICE AUTENTICAZIONE: _____

Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 18 del DL 31 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Scheda di valutazione prescrizione e follow-up della terapia antitrombotica orale con AVK e NAO/DOAC nei pazienti con FANV

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione della terapia antitrombotica e del follow-up periodico (medico specialista, medico di medicina generale)

Scheda di valutazione e di prescrizione

N. di protocollo PT elettronico assegnato dal Sistema IT: **FANVSA00001938H0000**

Medico prescrittore _____ Codice Fiscale _____
Tel. _____ specialista in _____
 U.O. _____ A. Sanitaria Emilia Romagna, ROMAGNA

Paziente (nome e cognome) _____ Sesso M F
Data di nascita _____ Codice Fiscale _____
Residenza _____

Verificata la presenza delle seguenti condizioni:

A) diagnosi clinica e elettrocardiografica di FANV
B) e C) risultato del bilancio ha rischio trombo-embolico e rischio emorragico favorisce per
Punteggio CHA2DS2-VASc _____
Rischio emorragico ES HS _____
Altro fattore di rischio emorragico _____

Creazione (mg/dL): 1.0 VFG (mL/min): 65 Hb (g/L): 13.7

Proposta di strategia terapeutica
 rivaroxaban 20 mg/die 15 mg/die

Data prevista per il Follow up: 12/06/2023
La validità della prima prescrizione è di massimo 60 mesi.
Data di rilascio: 12/12/2022

Cosa fa il farmacista?



ESEMPI – FARMACI NAO NOTA 97

CASO 1

Il farmacista considera valida la scheda anche se priva di timbro e firma in quanto essendo informatizzata il medico per poterla generare ha inserito le proprie credenziali sul sistema TS.

Il farmacista non procede con l'attivazione della griglia e visto che la ricetta DEMA non è agganciata alla scheda informatizzata inserisce manualmente sul promemoria cartaceo n. protocollo e data scadenza scheda.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO: VIA _____ CAP: _____ CITTA': _____ PROV: _____

ESENZIONE TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S): _____ SIGLA PROVINCIALE: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI: _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
XARELTO*28CPR RIV 20MG	2	97

QUESTO DIAGNOSTICO: _____ DATA: _____

N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: _____ TIPO RICETTA: _____ CODICE AUTENTICAZIONE: _____

12/12/2022

Relazionato ai sensi dell'art.11, comma 18 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Stile di valutazione prescrizione e follow-up della terapia antitrombotica orale con AVO e NAODGAC nei pazienti con FAVY

Da compilare a cura del prescrittore che eseguirà il percorso nella pagina della terapia antitrombotica e del follow-up periodico (medico specialista, medico di medicina generale)

Indirizzo di valutazione e di prescrizione

N. di protocollo PT elettronico assegnato dal Sistema I: **FANYSIA000012004000**

Medico prescrittore _____ Colloca/Firma _____

Tp _____

n° U.O. _____ n° Via Sanitaria _____

Paziente (nome e cognome) _____ Sesso _____ n° di _____

Data di nascita _____ Colloca/Firma _____

Restato _____

Verificare la presenza delle seguenti condizioni:

A) Impugnata clinica e epidemiologica al NMI ✓

B) e C) Il medico del lavoro ha fatto timbro ambulatorio a rischio emorragico ✓ Rimandato per _____

Paragrafo 01A 0003 0400 ✓

Rischio emorragico: Es. 00 ✓

Altre misure di rischio emorragico _____

Definire (data) _____

Proposta di strategia terapeutica

Infezioni 21 luglio 31 luglio

Data prescrizione per il follow up: **12/06/2023**

Data di scadenza della prescrizione: _____

Data di redazione: **12/12/2022**

Stessa modalità da seguire anche in caso di presentazione di ricetta rossa qualora il medico sia impossibilitato ad accedere al sistema TS



ESEMPI – FARMACI NAO NOTA 97

CASO 2

Il farmacista spedisce la ricetta DEMA non procede con l'attivazione della griglia e **inserisce manualmente sul promemoria cartaceo n. protocollo e data scadenza scheda.**

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 4000001005

COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO VIA: _____ CAP: _____ CITTA': _____ PROV: _____

ESENZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S), N.: _____ ALTRO: _____ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.S.D.F.): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
XARELTO*28CPR RIV 20MG	2	97

QUESTIONE DIAGNOSTICA: _____ N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: _____ TIPO RICETTA: _____ DATA: **12/12/2022** E FISCALE DEL MEDICO: _____
CODICE AUTENTICAZIONE: _____

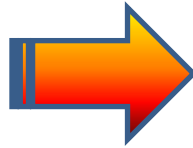
Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 18 del DL 31 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011



Cosa fa il farmacista?

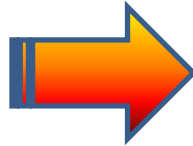
DISPENSAZIONE FARMACI DPC

IN ASSENZA DI CODICE DI
ESENZIONE PER
PATOLOGIA CRONICA



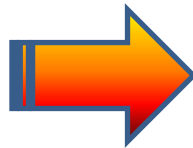
DISPENSARE MASSIMO 2 PEZZI PER
RICETTA

IN PRESENZA DI CODICE
ESENZIONE PER
PATOLOGIA:



DISPENSARE MASSIMO 3 PEZZI PER
RICETTA

3) PER FARMACI A
SOMMINISTRAZIONE
TRIMESTRALE/SEMESTRALE



DISPENSARE MASSIMO 1
CONFEZIONE PER
TRIMESTRE/SEMESTRE

ATTENZIONE ALLE UNITA' POSOLOGICHE PER CONFEZIONE

Es. Xarelto*28cp 20mg, Xarelto*42cp 15mg, Pradaxa*60cps 110mg, Binocrit 6sir
4.000 UI

ATTENZIONE ALLA POSOLOGIA DEL FARMACO

1) *posologia indicata sulla ricetta*

- per farmaci soggetti a PT: la posologia indicata sulla ricetta va **SEMPRE** verificata con quella indicata sul PT;
- per farmaci non soggetti a PT: attenersi alla posologia indicata sulla ricetta.

2) *posologia non indicata sulla ricetta*

- per farmaci soggetti a PT: attenersi alla posologia indicata da PT;
- per farmaci non soggetti a PT: è possibile verificare la posologia sulla scheda tecnica.



ESEMPI – FARMACI NON SOGGETTI A PT

CASO 1

Si presenta in farmacia un paziente con una ricetta con terapia prescritta superiore ai 60 giorni

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 400001005

COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO VIA: _____ CAP: _____ CITTA': _____ PROV: _____

ESENZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI: _____
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) H: _____ ALTRO: _____ PRIORITA' PRESCRIZIONE (S, B, D, P): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTE
QUETIAPINA*60 CP 150MG 1 CP AL DI'	2	

QUESTIONE DIAGNOSTICO: _____
N. CONFEZIONE/PRESTAZIONE: TIPO RICETTA: _____ DATA: 12/12/2022 FISCALE DEL MEDICO: _____
CODICE AUTENTICAZIONE: _____

Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 18 del DL 31 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Cosa fa il farmacista?



ESEMPI – FARMACI NON SOGGETTI A PT

CASO 1

Il farmacista, vista la posologia e il numero di unità posologiche contenute in una confezione, eroga SOLO 1 confezione sufficiente a coprire i 60 giorni di terapia e informa il paziente e il medico prescrittore della spedizione parziale della ricetta.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO VIA:	CAP:	CITTA':	PROV':
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) H:	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U, B, D, P):	
	PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
	QUETIAPINA*60 CP 150MG	1	
	1 CP AL DI'		
QUESTIONE DIAGNOSTICA:			
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI:	TIPO RICETTA:	DATA:	FISCALE DEL MEDICO:
CODICE AUTENTICAZIONE:		12/12/2022	

Allegato ai verbali del Part II, comma 18 del DL 21 mag 2012, n. 18 e del Part I, comma 4 del DM 2 nov 2011



ESEMPI – FARMACI NON SOGGETTI A PT

CASO 2

Si presenta in farmacia un paziente con più ricette rilasciate lo stesso giorno con terapia prescritta superiore ai 60 giorni

REGIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
RICETTA 1			
DELL'ASSISTITO:		CAPI:	CITTA':
ESENZIONE:		CODICE ASL:	
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) (P):		PRIORITY' PRESCRIZIONE (SU B.D.P.):	
PRESCRIZIONE		QTA	SOQA
QUETIAPINA*30 CP 25MG		2	
2 CP AL DI'			
QUESTO DIAGNOSTICO:		DATA: 12/12/2022	
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONE:		FISCALE DEL MEDICO:	
CODICE AUTENTICAZIONE:		Ritornello al capo del Farm. 11, comma 18 del DL 31 del 2012, art. 28 del DL 31 del 2012, art. 28 del DL 31 del 2012, art. 28 del DL 31 del 2012	

REGIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
RICETTA 2			
DELL'ASSISTITO:		CAPI:	CITTA':
ESENZIONE:		CODICE ASL:	
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) (P):		PRIORITY' PRESCRIZIONE (SU B.D.P.):	
PRESCRIZIONE		QTA	SOQA
QUETIAPINA*30 CP 25MG		2	
2 CP AL DI'			
QUESTO DIAGNOSTICO:		DATA: 12/12/2022	
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONE:		FISCALE DEL MEDICO:	
CODICE AUTENTICAZIONE:		Ritornello al capo del Farm. 11, comma 18 del DL 31 del 2012, art. 28 del DL 31 del 2012, art. 28 del DL 31 del 2012, art. 28 del DL 31 del 2012	

REGIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
RICETTA 3			
DELL'ASSISTITO:		CAPI:	CITTA':
ESENZIONE:		CODICE ASL:	
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) (P):		PRIORITY' PRESCRIZIONE (SU B.D.P.):	
PRESCRIZIONE		QTA	SOQA
QUETIAPINA*30 CP 25MG		2	
2 CP AL DI'			
QUESTO DIAGNOSTICO:		DATA: 12/12/2022	
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONE:		FISCALE DEL MEDICO:	
CODICE AUTENTICAZIONE:		Ritornello al capo del Farm. 11, comma 18 del DL 31 del 2012, art. 28 del DL 31 del 2012, art. 28 del DL 31 del 2012, art. 28 del DL 31 del 2012	

Cosa fa il farmacista?



ESEMPI – FARMACI NON SOGGETTI A PT

CASO 2

Il farmacista, vista la posologia e il numero di unità posologiche contenute in una confezione, spedisce solo due ricette sufficienti a coprire 60 giorni di terapia e informa il paziente e il medico prescrittore della spedizione parziale delle ricette.

RICETTA 1

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

CODICE DELL'ASSISTITO: CAP: CITTA': PROV: **12/12/2022**

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) (P)	PRESCRIZIONE	QTA	UNITA'
	QUETIAPINA*30 CP 25MG	2	
	2 CP AL DI'		

QUESTIONE DIAGNOSTICA: DATA: FISCALITÀ DEL MEDICO:
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: CODICE ASL: ALTR.:
CODICE AUTENTICAZIONE: Regolamento di attuazione dell'art. 11, comma 18 del DL 31 Mag 2011, n. 78 e art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

RICETTA 2

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

CODICE DELL'ASSISTITO: CAP: CITTA': PROV: **12/12/2022**

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) (P)	PRESCRIZIONE	QTA	UNITA'
	QUETIAPINA*30 CP 25MG	2	
	2 CP AL DI'		

QUESTIONE DIAGNOSTICA: DATA: FISCALITÀ DEL MEDICO:
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: CODICE ASL: ALTR.:
CODICE AUTENTICAZIONE: Regolamento di attuazione dell'art. 11, comma 18 del DL 31 Mag 2011, n. 78 e art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

RICETTA 3

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

CODICE DELL'ASSISTITO: CAP: CITTA': PROV: **12/12/2022**

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) (P)	PRESCRIZIONE	QTA	UNITA'
	QUETIAPINA*30 CP 25MG	2	
	2 CP AL DI'		

QUESTIONE DIAGNOSTICA: DATA: FISCALITÀ DEL MEDICO:
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: CODICE ASL: ALTR.:
CODICE AUTENTICAZIONE: Regolamento di attuazione dell'art. 11, comma 18 del DL 31 Mag 2011, n. 78 e art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011



ESEMPI FARMACI NON SOGGETTI A PT - CASI PARTICOLARI

CASO 3

Si presenta in farmacia una paziente con ricetta di farmaco DPC brand con la dicitura non sostituibile ma il paziente non ha l'autorizzazione prevista dalla Circolare Regionale 18/2013.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 010A2	 4000001005
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO/VA:	CAP:	CITTA':	PROV/:
ESENZIONE: TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL: ALTRO:	DISPOSIZIONI REGIONALI: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P.):
	PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
FEMARA*30CPR RIV 2,5MG		2	
Non sostituibile			
QUESITO DIAGNOSTICO:	N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI:	TIPO RICETTA:	DATA:
CODICE AUTENTICAZIONE:		CODICE FISCALE DEL MEDICO:	

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 18 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Cosa fa il farmacista?



ESEMPI FARMACI NON SOGGETTI A PT - CASI PARTICOLARI

CASO 4

Si presenta in farmacia un paziente con ricetta di Keppra (brand) senza la clausola di non sostituibilità. In DPC disponibile sia il brand sia Levetiracetam equivalente.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 010A2	 400001005
COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO VIA:	CAP:	CITTA':	PROV:
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRQ:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):	
	PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
	KEPPRA*30CPR RIV 1000MG	2	
QUESITO DIAGNOSTICO:			
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI:	TIPO RICETTA:	DATA:	CODICE FISCALE DEL MEDICO:
CODICE AUTENTICAZIONE:			

Rilasciata ai sensi dell'art. 11, comma 18 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Cosa fa il farmacista?



ESEMPI FARMACI NON SOGGETTI A PT - CASI PARTICOLARI

CASO 5

Si presenta in farmacia un paziente con prescrizione di Gabapentin 300mg in nota 04.
In DPC disponibile solo Neurontin 300mg.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
			
		010A2	4000001005
COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO VIA	CAP:	CITTA':	PROV.:
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):	
	PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
	GABAPENTIN *50CPS 300MG	2	4
QUESITO DIAGNOSTICO:	N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI:	TIPO RICETTA:	DATA:
CODICE AUTENTICAZIONE:		CODICE FISCALE DEL MEDICO:	

Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Cosa fa il farmacista?



ESEMPI FARMACI NON SOGGETTI A PT - CASI PARTICOLARI

CASO 5

Il farmacista, non essendo presente la clausola di non sostituibilità e accertatosi che il paziente non abbia l'autorizzazione rilasciata dalla ASL prevista dalla Circolare Regionale 18/2013, riconduce la prescrizione al medicinale disponibile in DPC (Neurontin).

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
			
		010A2	4000001005
COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO VIA:	CAP:	CITTA':	PROV:
ESENZIONE:	SIOLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P):	
	PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
	GABAPENTIN *50CPS 300MG	2	4
QUESTO DIAGNOSTICO:			
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI:	TIPO RICETTA:	DATA:	CODICE FISCALE DEL MEDICO:
CODICE AUTENTICAZIONE:			

Il farmacista dispensa il medicinale disponibile in DPC (Neurontin)

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 18 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011



ESEMPI FARMACI NON SOGGETTI A PT - CASI PARTICOLARI

CASO 6

Si presenta in farmacia un paziente con prescrizione di Gabapentin 300 mg per epilessia (non in Nota 4).
In DPC disponibile solo Neurontin 300 mg.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 010A2	 4000001005
COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO VIA:	CAP:	CITTA':	PROV.:
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.S.D.P.):	
	PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
	GABAPENTIN *50CPS 300MG	2	
QUESITO DIAGNOSTICO:	N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI:	TIPO RICETTA:	DATA:
CODICE AUTENTICAZIONE:		CODICE FISCALE DEL MEDICO:	

Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Cosa fa il farmacista?



ESEMPI – FARMACI SOGGETTI A PT

CASO 1

Il farmacista, dopo aver verificato che le confezioni prescritte in base alla posologia da PT non superano i 60 giorni di terapia, informa il paziente e il medico che il confezionamento disponibile in DPC è da 6 siringhe e richiede al medico una nuova ricetta con prescritta 1 confezione da 6 siringhe.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 400001005

COGNOME E NOME IN DALLI DELL'ASSISTITO: PINCO PALLO

INDIRIZZO VIA: 048 CAP: CITTÀ: PROV:

ESENZIONE: 048 SIGLA PROVINCIA: CODICE ASL: DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S.P.): ALTRO: PRIORITÀ PRESCRIZIONE (U.B.D.P.):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
BINOCRIT*6 SIR 4.000 UI	1	

QUESTO DIAGNOSTICO N. CONFEZIONAMENTO PRESTAZIONE: TIPO RICETTA: DATA: CODICE FISCALE DEL MEDICO: CODICE AUTENTICAZIONE:

Ministero ai sensi dell'art.15, comma 10 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Regione Lazio - Friuli Venezia Giulia

Piano Terapeutico

Richiesto per la prescrizione di farmaci secondo le note AIFA

COD. Destinatario del medico prescrittore: _____
Cognome e il cognome del medico prescrittore: _____ TM _____
Indirizzo (cognome e numero): **PINCO PALLO** IT _____
Codice: 04 04 Città: Frosinone _____
Telefono: _____ TM _____
C.C.I.A.A. (se presente): _____ Stato: Italia _____

Diagnosi e motivazione (ricordo della cura del paziente): _____

Farmaco prescritto: **BINOCRIT 4.000 UI SIR 1 FIALA /SETTIMANA**

Periodo di prescrizione (dal _____ al _____) (sempre giorno mese anno)

Altre note (se presenti) (sempre giorno mese anno): _____

Periodo prescrizione # _____ Revisione periodo # _____
Data ultima prescrizione (dal _____ al _____) (sempre giorno mese anno): _____
Esposizione del trattamento: _____
Data ultima prescrizione: **12/12/2023**
Data della prescrizione: **12/12/2022** (sempre giorno mese anno)
Codice: _____ Tempo e data di nascita prescrittore _____



ESEMPI – FARMACI SOGGETTI A PT

CASO 10

In farmacia si presenta un paziente con 1 ricetta contenente la prescrizione di 2 confezioni di Enantone*11,25 mg/ml e un PT di prosecuzione cura in corso di validità.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2		4000001005	
COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO VIA: 048	CAP:	CITTA':	PROV:
ESENZIONE TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI: ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
ENANTONE*11,25MG/ML		2	
QUESITO DIAGNOSTICO:			
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:		DATA: 12/12/2022	C.F. FISCALE DEL MEDICO:
CODICE AUTENTICAZIONE:			

Rilasciato al zero dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Regione Lazio

Piano Terapeutico

Richiesta per la prescrizione di farmaci secondo la nota AIFA

1)3 Tipo di trattamento prescrizione _____
Scrittura e data del medico prescrittore _____ Tel. _____
Farmaco nome e dosaggio: **PINCO PALLO** _____ Dg _____
Forma: **50 75** Colore/Fascia _____
Indirizzo: _____ Tel. _____
S.C.I. di riferimento: _____ Spazio libero _____
Tegami e indicazione caso più volte al giorno _____
Farmaco da prescrivere: **ENANTONE*11,25MG/ML**
Frequenza: **1 FIALA OGNI 3 MESI**
Data del riferimento presso l'ASL: _____ (Se non è possibile indicare giorno mese anno)
SSN: _____ (Se non è possibile indicare il sito)
Prescrizione di _____ Prescrizione di _____
Scadenza del riferimento: _____
Validità della prescrizione: **12/12/2023**
Data della prescrizione: **12/12/2022**
Scadenza della prescrizione: _____
Firma e data del medico prescrittore _____

Prosecuzione cura

Cosa fa il farmacista?



ESEMPI – FARMACI SOGGETTI A PT

CASO 3

Il farmacista, dopo aver verificato la validità del PT e la precedente dispensazione registrata nella griglia, **NON SPEDISCE** la ricetta 2 in quanto la somministrazione successiva deve avvenire a distanza di 3 mesi dalla precedente, come indicato nel PT.

Vanno informati paziente e medico riguardo alla spedizione non effettuata.

DATA	QUANTITÀ	NOTE
12/12/2022	1	3

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
ENANTONE*11,25MG/ML	1	

Piano Terapeutico
Richiesta per la prescrizione di farmaci secondo le note AIFA

12/12/2022

Paziente: PINCO PALLO

Prescrizione: ENANTONE*11,25MG/ML
1 FIALA OGNI 3 MESI

12/12/2022



CASO 2

In farmacia si presenta un paziente con 2 ricette rilasciate lo stesso giorno di clozapina*100 mg 28 cp contenenti 2 confezioni ciascuna e con un PT di prosecuzione cura rinnovato lo stesso giorno.

Cosa fa il farmacista?

RICETTA 1

RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
COGNOME E NOME/INDIZI DEL/DELL'ASSISTITO: PINCO PALLO INDIRIZZO VIA: 044 CAP: CITTÀ: PROV: ESIGENZE: SIGLA PROVINCIA: CODICE ASL: DISPOSIZIONI REGIONALI: TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) (N): ALTRO: PRIORITÀ PRESCRIZIONE (U.B.D.P.):	
PRESCRIZIONE	QTA
CLOZAPINA*28 CPR 100MG	2
Conta leucocitaria nella norma	
QUESTO DIAGNOSTICO: 12/12/2022 N. CONFEZIONI/PRESTAZIONE: NFO RICETTA DATA: COGNOME E NOME/INDIZI DEL/DELL'ASSISTITO: CODICE AUTENTICAZIONE:	

RICETTA 2

RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
COGNOME E NOME/INDIZI DEL/DELL'ASSISTITO: PINCO PALLO INDIRIZZO VIA: 044 CAP: CITTÀ: PROV: ESIGENZE: SIGLA PROVINCIA: CODICE ASL: DISPOSIZIONI REGIONALI: TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S) (N): ALTRO: PRIORITÀ PRESCRIZIONE (U.B.D.P.):	
PRESCRIZIONE	QTA
CLOZAPINA*28 CPR 100MG	2
Conta leucocitaria nella norma	
QUESTO DIAGNOSTICO: 12/12/2022 N. CONFEZIONI/PRESTAZIONE: TPO RICETTA DATA: COGNOME E NOME/INDIZI DEL/DELL'ASSISTITO: CODICE AUTENTICAZIONE:	

ESEMPI – FARMACI SOGGETTI A PT

PROSECUZIONE CURA:
VALIDITA' MASSIMA PT: 6 MESI

Assessorato Politiche per la salute – Commissione Regionale del Farmaco

Piano Terapeutico regionale per la prescrizione di Clozapina

nel trattamento delle psicosi gravi nei pazienti seguiti dai Servizi psichiatrici e di salute mentale individuati dalla Regione Emilia-Romagna e nel trattamento dei disturbi comportamentali e psicosi nei pazienti con Morbo di Parkinson

Centro prescrittore: _____ Medico prescrittore (nome e cognome): _____ Tel. _____ e-mail: _____																							
Paziente (nome e cognome): _____ Data di nascita: _____ sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Codice fiscale: _____ Residente a: _____ in via: _____ Tel.: _____ Regione: _____ ASL di residenza: _____ Prov.: _____ Medico di Medicina Generale: _____																							
Diagnosi <input type="checkbox"/> Paziente schizofrenico resistente al trattamento <input type="checkbox"/> Paziente schizofrenico che presenta reazioni avverse gravi di tipo neurologico non trattabile con gli altri farmaci antipsicotici, compresi gli antipsicotici atipici <input type="checkbox"/> Disturbi psicotici in corso di Malattia di Parkinson, dopo il fallimento di una gestione terapeutica classica.																							
Prescrizione <input type="checkbox"/> prima prescrizione Per la prescrizione di clozapina: è stata effettuata la conta leucocitaria? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Eventuale: CLOZAPINA 100 MG CP 2 CP DIE Ossiede: _____ La prescrizione/proseguimento del trattamento ed il monitoraggio degli eventi avversi, in particolare ematologici, devono avvenire in accordo con quanto previsto dall'RCP del farmaco.																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Conte ematologica</th> <th rowspan="2">Azioni necessarie secondo RCP</th> </tr> <tr> <th>Granociti/leuc (x10⁹)</th> <th>Granociti neutrofilici/leuc (x10⁹)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ 3.500 (≥ 3,5 x 10⁹)</td> <td>≥ 2.000 (≥ 2,0 x 10⁹)</td> <td rowspan="3">Proseguimento trattamento con clozapina Proseguimento trattamento con clozapina, emocromo 2 volte a settimana sino a stabilizzazione e aumento dei valori Interruzione immediata trattamento con clozapina, emocromo giornaliero sino a normalizzazione, monitoraggio per eventuali inflessioni. Non riproporre il paziente al farmaco.</td> </tr> <tr> <td>1.000-3.500 (1,0x10⁹-3,5x10⁹)</td> <td>1.500-2.000 (1,5x10⁹-2,0x10⁹)</td> </tr> <tr> <td>< 1.000 (< 1,0x10⁹)</td> <td>< 1.500 (< 1,5x10⁹)</td> </tr> </tbody> </table>	Conte ematologica		Azioni necessarie secondo RCP	Granociti/leuc (x10 ⁹)	Granociti neutrofilici/leuc (x10 ⁹)	≥ 3.500 (≥ 3,5 x 10 ⁹)	≥ 2.000 (≥ 2,0 x 10 ⁹)	Proseguimento trattamento con clozapina Proseguimento trattamento con clozapina, emocromo 2 volte a settimana sino a stabilizzazione e aumento dei valori Interruzione immediata trattamento con clozapina, emocromo giornaliero sino a normalizzazione, monitoraggio per eventuali inflessioni. Non riproporre il paziente al farmaco.	1.000-3.500 (1,0x10 ⁹ -3,5x10 ⁹)	1.500-2.000 (1,5x10 ⁹ -2,0x10 ⁹)	< 1.000 (< 1,0x10 ⁹)	< 1.500 (< 1,5x10 ⁹)	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Forma farmaceutica</th> <th rowspan="2">dosaggio</th> <th colspan="2">Profilo di eventi</th> </tr> <tr> <th>di rischio*</th> <th>di rischio*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Forma farmaceutica	dosaggio	Profilo di eventi		di rischio*	di rischio*				
Conte ematologica		Azioni necessarie secondo RCP																					
Granociti/leuc (x10 ⁹)	Granociti neutrofilici/leuc (x10 ⁹)																						
≥ 3.500 (≥ 3,5 x 10 ⁹)	≥ 2.000 (≥ 2,0 x 10 ⁹)	Proseguimento trattamento con clozapina Proseguimento trattamento con clozapina, emocromo 2 volte a settimana sino a stabilizzazione e aumento dei valori Interruzione immediata trattamento con clozapina, emocromo giornaliero sino a normalizzazione, monitoraggio per eventuali inflessioni. Non riproporre il paziente al farmaco.																					
1.000-3.500 (1,0x10 ⁹ -3,5x10 ⁹)	1.500-2.000 (1,5x10 ⁹ -2,0x10 ⁹)																						
< 1.000 (< 1,0x10 ⁹)	< 1.500 (< 1,5x10 ⁹)																						
Forma farmaceutica	dosaggio	Profilo di eventi																					
		di rischio*	di rischio*																				
EVENTUALI ALTRI FARMACI ASSUNTI: _____ Validità del Piano terapeutico: non superiore a 6 mesi se prosecuzione del trattamento. Data: 12/12/2022 12/06/2023 Timbro e firma del medico prescrittore																							

*terapie al bisogno subordinata alla verifica dei seguenti sintomi/problemi comportamentali

La quantità di farmaco dispensata ad ogni erogazione non deve superare le 4 settimane di terapia, nell'ambito della validità del Piano terapeutico.



CASO 2

Il farmacista, verificata la posologia su PT, e considerato che la copertura della terapia non può superare le 4 settimane, SPEDISCE SOLO LA RICETTA 1.

ESEMPI – FARMACI SOGGETTI A PT

PROSECUZIONE CURA:
VALIDITA' MASSIMA PT: 6 MESI

RICETTA 1

PINCO PALLO

CLOZAPINA*28 CPR 100MG
Conta leucocitaria nella norma

12/12/2022

QUESTO DIAGNOSTICO...
N. CONFEGZIONI/PRESTAZIONE: 280 RICETTA
CODICE AUTENTICAZIONE: []

RICETTA 2

PINCO PALLO

CLOZAPINA*28 CPR 100MG
Conta leucocitaria nella norma

12/12/2022

QUESTO DIAGNOSTICO...
N. CONFEGZIONI/PRESTAZIONE: 280 RICETTA
CODICE AUTENTICAZIONE: []

Ministero della Sanità
Commissione Regionale del Farmaco

Piano Terapeutico regionale per la prescrizione di Clozapina
nel trattamento delle psicosi gravi nei pazienti uguali dei servizi psichiatrici e di salute mentale individuati dalla Regione Emilia Romagna e nel trattamento dei disturbi comportamentali e primari nei pazienti con Malattia di Parkinson

Proseguimento cura

CLOZAPINA 100 MG CP 2 CP DIE

Farmaci analoghi		Atti necessari secondo MIP	
2500 (1,00-1,00)	2500 (1,00-1,00)	Proseguimento trattamento con Clozapina	
2500 (1,00-1,00)	2500 (1,00-1,00)	Proseguimento trattamento con Clozapina, esecuzione 2 volte a settimana (una a settimana di controllo del peso, esecuzione immediata trattamento con Clozapina, esecuzione giornaliera più a norma, monitoraggio per eventuali effetti collaterali, con adeguata l'assistenza al paziente	
2500 (1,00-1,00)	2500 (1,00-1,00)		

12/12/2022

12/06/2023

12/12/2022

COVID-19



Dispensazione di Paxlovid® a pazienti con compromissione renale moderata



farmacologiche associate a Paxlovid, si raccomanda di indagare adeguatamente l'anamnesi farmacologica e di fare riferimento al RCP del farmaco (par. 4.3, 4.4, 4.5): https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/paxlovid-epar-product-information_it.pdf e al sito disponibile al seguente indirizzo: <https://www.covid-19druginteractions.org/>. Una versione adattata e una possibile guida alla gestione delle principali interazioni è disponibile, in italiano, al sito: <https://salute.emilia-romagna.it/wp-content/uploads/2021/07/Tabella-Interazioni-Paxlovid.pdf>

- Assenza di gravidanza in atto
- Non sono disponibili dati riguardo all'uso di Paxlovid nelle donne incinte che diano indicazioni sul rischio associato al medicinale di effetti avversi sullo sviluppo. In caso di paziente donna potenzialmente fertile, la donna accetta di evitare di iniziare una gravidanza durante il trattamento con Paxlovid e, come misura precauzionale, per 7 giorni dopo il completamento di Paxlovid.
- L'uso di ritonavir può ridurre l'efficacia dei contraccettivi ormonali combinati. In caso di paziente donna potenzialmente fertile, la donna accetta di utilizzare un metodo contraccettivo alternativo efficace o un metodo contraccettivo di barriera aggiuntivo durante il trattamento con Paxlovid e fino a un ciclo mestruale dopo aver interrotto Paxlovid.

SCHEDA DI PRESCRIZIONE

- eGFR \geq 60 mL/min		
Paxlovid	Posologia	Durata
Nirmatrelvir (PF-07321332), 150 mg compresse	2 compresse ogni 12 ore	5 giorni
Ritonavir, 100 mg compresse	1 compressa ogni 12 ore	

- eGFR da \geq 30 a < 60 mL/min*

Paxlovid	Posologia	Durata
Nirmatrelvir (PF-07321332), 150 mg compresse	1 compressa ogni 12 ore	5 giorni
Ritonavir, 100 mg compresse	1 compressa ogni 12 ore	

Le compresse devono essere degluttite intere e non devono essere masticate, spezzate o frantumate. Possono essere assunte con il cibo o lontano dai pasti.

Il trattamento deve essere somministrato il prima possibile dopo la diagnosi di COVID-19 ed entro 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi. Si raccomanda il completamento dell'intero ciclo di trattamento di 5 giorni anche se il paziente richiede il ricovero in ospedale per progressione a COVID-19 di grado lieve o critico dopo l'inizio del trattamento con Paxlovid.

* Avvertenza speciale per i pazienti con compromissione renale moderata

Per i pazienti con compromissione renale moderata (eGFR da \geq 30 a < 60 mL/min), la dose di Paxlovid deve essere ridotta a PF-07321332/Ritonavir 150 mg/100 mg, ogni 12 ore per 5 giorni per evitare la sovradosaggio.

Il blister giornaliero contiene due parti separate, ciascuna contenente due compresse di PF-07321332 e una compressa di Ritonavir, corrispondente alla somministrazione giornaliera alle dosi standard. Pertanto, i pazienti con compromissione renale moderata devono essere avvertiti del fatto che deve essere assunta soltanto una compressa di PF-07321332 con la compressa di ritonavir ogni 12 ore.

Per le modalità di prescrizione fare riferimento al RCP del prodotto

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/paxlovid-epar-product-information_it.pdf

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore

Il farmacista:
Effettua lo
sconfezionamento
rimuovendo le cpr di
nirmatrelvir in eccesso
e compila il foglio di
lavorazione allegando
la copia del PT

Regione Emilia-Romagna

Foglio Farmacia

FOGLIO DI LAVORAZIONE

(REGISTRO DELLE PREPARAZIONI)
per il confezionamento della specialità medicinale Paxlovid® (nirmatrelvir e ritonavir)
in caso di prescrizione di strategia 100 mg/100 mg di Nirmatrelvir (PF-07321332) e 100 mg di Ritonavir

Data dell'operazione _____ Numero progressivo preparazione _____

Medico prescrittore _____
controllato da Farm. Farmacia _____

Paziente: _____

Descrizione delle operazioni effettuate:

L'operazione è effettuata nella zona dedicata, dopo l'opportuna igienizzazione del piano di lavoro.
È stata aperta una confezione di PAXLOVID® 2x CPR 150 MG + 1x CPR 100 MG.
L'OTTO _____ SCADENZA _____

Da ogni blister di 5 blister presenti sono state estratte n. 2 compresse da 150 mg di Nirmatrelvir (PF-07321332), una dalla parte sinistra del blister "giorno" (grigio), una dalla parte destra del blister "sera" (azzurro).

Lo spazio tra i blister della confezione di alluminio risultante dall'estrazione delle compresse viene effluato con nastro adesivo.

Le compresse estratte sono analizzate ed eliminate correttamente.

Allegare copia del Piano Terapeutico

Firma del farmacista preparatore _____

PAXLOVID – DISPENSAZIONE IN DPC

DOMANDE FREQUENTI

D: COSA DISPENSARE A FRONTE DI RICETTA DEMA CON PRESCRIZIONE DI PAXLOVID*20CPR 150MG+10CPR 100mg 049853017 (CONFEZIONAMENTO ITALIANO) NON SOSTITUIBILE MA IN DPC PRESENTE SOLO FARMACO ESTERO CON CODICE 700058783?

R: SE DISPONIBILE SOLO IL PRODOTTO ESTERO È COMUNQUE POSSIBILE LA SOSTITUZIONE AUTOMATICA DA PARTE DEL FARMACISTA.

D: COME VA GESTITA LA RICETTA DEMA DI PAXLOVID?

R: LA RICETTA DEMA VA CHIUSA SUL PORTALE WEB DPC E NEL SISTEMA SAR VA INSERITO IL CODICE DEL FARMACO EFFETTIVAMENTE EROGATO. IN CASO DI EROGAZIONE DELLA FORMULAZIONE ITALIANA VA INSERITO ANCHE IL CODICE TARGA DEL FARMACO PRESENTE SULLA FUSTELLA.

D: SE IL PAZIENTE ESIGE IL FARMACO AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA RICETTA COME CI SI DEVE COMPORTARE?

R: NON SI DEVE ASSOLUTAMENTE INVIARE IL FAMILIARE/CAREGIVER IN DISTRIBUZIONE DIRETTA. OCCORRE SPIEGARE CHE IL FARMACO SARA' DISPONIBILE IN MEZZA GIORNATA DAL MOMENTO DELL'ESIBIZIONE DELLA RICETTA E CHE COMUNQUE IL FARMACO PUO' ESSERE ASSUNTO ENTRO 5 GIORNI DALLA COMPARSA DEI SINTOMI.

Riferimenti Assistenza Farmaceutica Forlì-Cesena



Dott.ssa Mussoni Monica

Direttore Direzione Assistenza Farmaceutica Territoriale Aziendale



Dott.ssa Baraghini Manuela

Responsabile Assistenza Farmaceutica Territoriale Forlì-Cesena



Dott.ssa Zavalloni Daniela

Assistenza Farmaceutica Territoriale Forlì-Cesena



Dott.ssa Casadei Chiara

Assistenza Farmaceutica Territoriale Forlì-Cesena



Dott.ssa Zenico Carito

Assistenza Farmaceutica Territoriale Forlì-Cesena

farmaceuticater.az@auslromagna.it



Dott.ssa Caruso Francesca

Assistenza Farmaceutica Ospedaliera Forlì-Cesena



GRAZIE PER L'ATTENZIONE!