



S.I.S. :REGIONE PUGLIA
ASL: 160113 - BT

Id. Piano 750084582

**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI VEMLIDY
(TENOFОВIR ALAFENAMIDE)**

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità da parte dei centri ospedalieri o di specialisti - internista, infettivologo, gastroenterologo - individuati dalle Regioni e da consegnare al paziente in formato cartaceo. Piano terapeutico rinnovabile ogni 6 mesi

Centro Prescrittore	<input type="text"/>		
Medico Prescrittore	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>

Paziente(cognome ,nome)	<input type="text"/>		
Data nascita	<input type="text"/>	Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Codice fiscale	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Asl Residenza	<input type="text"/>	Regione	<input type="text"/>
Prov.	<input type="text"/>		
Medico di Medicina Generale	<input type="text"/>	Recapito Tel.	<input type="text"/>

Indicazione rimborsata dal SSN

Il trattamento con Vemlidy a carico del SSN è limitato all'utilizzo nei soggetti con epatite cronica B in trattamento con tenofovir disoproxil e precedente esposizione ad analoghi nucleosidici che presentino età avanzata (>60 anni) e/o alterazione dei parametri di funzione renale e/o osseo come di seguito dettagliato

Il/la paziente soddisfa i seguenti requisiti.

- ☒ essere in trattamento con tenofovir disoproxil fumarato
- ☒ essere stato precedentemente esposto ad analoghi nucleosidici
- ☒ presenta almeno una tra le seguenti condizioni

☒ **Età>60 anni**

☐ **Malattia ossea**

☐ utilizzo cronico di steroidi o altre condizioni associate a peggioramento della BMD (densita minerals ossea)

☐ storia di fratture osteoporotiche

☐ osteoporosi

☐ **Alterazioni renali**

☐ eGFR <60 min/ml/1.73 m²

☐ Albuminuria >30 mg o presenza di moderata proteinuria al dipstick

☐ Ipufosfatemia (<2.S mg/dl)

☐ Emodialisi

La terapia deve essere iniziata da un medico esperto nel trattamento dell’epatite B cronica

	Farmaco	Specialità	Posologia
<input checked="" type="checkbox"/>	Vemlidy	25 mg compresse rivestite con film	1 CPR/DIE

Durata prevista del trattamento (mesi) 1

☒ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione cura

(NOTA BENE: la validità del Piano Terapeutico non puo superare i 6 mesi dalla data di compilazione)

Data 09/05/2023

Timbro e firma del medico prescrittore