



**Piano Terapeutico per la prescrizione delle specialità
medicinali VELTASSA (patiomer) e LOKELMA (sodio
zirconio ciclosilicato)**

La prescrivibilità di questi medicinali è consentita ai soli medici appartenenti a centri ospedalieri o specialisti nefrologo, cardiologo, internista

Indicazione terapeutica: trattamento dell'iperkaliemia negli adulti.

La rimborsabilità è limitata al trattamento dei pazienti adulti con iperkaliemia persistente (livello di potassiemia > 5.5mmol/L) in pazienti con risposta insufficiente o controindicazione alle resine (calcio polistirene sulfonato/sodio polistirene sulfonato).

Centro Prescrittore	<input type="text"/>		
Medico Prescrittore	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Codice fiscale	<input type="text"/>	Cognome nome	<input type="text"/>
Data nascita	<input type="text"/>	Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza	<input type="text"/>	Residenza	<input type="text"/>
MMG	<input type="text"/>		

CRITERI DI ELEGGIBILITA' AL TRATTAMENTO (devono essere soddisfatti entrambi i punti 1 e 2)

1) Diagnosi: Iperkaliemia persistente (livello di potassiemia > 5,5 mmol/L) in pazienti con risposta insufficiente o controindicazione alle resine (calcio polistirene sulfonato/sodio polistirene sulfonato).

2)Almeno una delle seguenti controindicazioni (possibilità di scelta multipla):

- ☒ Insufficienza renale: stadio 3b-CKD in pazienti con concomitante terapia con RAASi
- ☐ Insufficienza renale: stadio 4 o 5-CKD non in dialisi, in pazienti con o senza concomitante terapia con RAASi
- ☐ Insufficienza renale: stadio 5-CKD in dialisi (solo per sodio zirconio ciclosilicato)
- ☐ Scompenso cardiaco (frazione di eiezione <=40%) in pazienti con concomitante terapia con RAASi in dose giudicata subottimal

FARMACO PRESCRITTO

☐ VELTASSA (patiomer)

Pazienti NON in dialisi* ☐ 8,4 g ☒ 16,8 g

(*nei pazienti in dialisi l'uso di Veltassa non è rimborsato)

Posologia di correzione (1)

Posologia di mantenimento (1)

Validità del presente piano terapeutico (massimo 6 mesi) (2) ☐ Giorni ☒ Mesi

☒ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione cura

Data Decorrenza **Data Termine**

(1) Fare riferimento al paragrafo 4.2 del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).