



PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE SSN DI LAMIVUDINA

CENTRO PRESCRITTORE

CODICE FISCALE

NOME COGNOME

DATA NASCITA

SESSO

TEL

RESIDENZA

ASL DI RESIDENZA

TESSERA SANITARIA

MMG

EPATITE CRONICA B HBV-DNA-POSITIVA SENZA MALATTIA AVANZATA, COME TERAPIA DI DURATA DEFINITA E SENZA LIMITI DI ASSOCIAZIONE

EPATITE CRONICA B HBV-DNA-POSITIVA, CON MALATTIA AVANZATA (CON STADIO DI FIBROSI \geq F 2 O DIAGNOSI CLINICA DI CIRROSI) IN CUI L'INTERFERONE SIA CONTROINDICATO, O NON TOLLERATO O INEFFICACE, COME TERAPIA SOPPRESSIVA SENZA LIMITI TEMPORALI NÉ DI ASSOCIAZIONE

RIESACERBAZIONI DELL'EPATITE B CONSEGUENTI A TERAPIE CON CHEMIOTERAPICI ANTITUMORALI O FARMACI IMMUNOSOPPRESSIVI O A TRAPIANTO DI MIDOLLO O DI ORGANO SOLIDO, SENZA LIMITI TEMPORALI NÉ DI ASSOCIAZIONE

CONFEZIONAMENTO E FORMA FARMACEUTICA

DOSE/DIE UNA AL GIORNO

DURATA PREVISTA TRATTAMENTO 12 MESI

☒ PRIMA PRESCRIZIONE☐ PROSECUZIONE DELLA CURA

DATA REDAZIONE 10/02/2017