



**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE
PER LA PRESCRIZIONE*, a carico del SSN/SSR, ai sensi della legge 23 dicembre 1996,
n. 648, di FARMACI IMPIEGATI NEL PROCESSO DI VIRILIZZAZIONE DI TRANSGENDER**

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

Codice fiscale	<input type="text"/>	Soggetto (iniziali)	<input type="text"/>
Data nascita	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Asl Residenza	<input type="text"/>	Residenza	<input type="text"/>
MMG	<input type="text"/>		

*La prescrizione a carico del SSN/SSR dei medicinali testosterone, testosterone undecanoato, testosterone entantato ed esteri del testosterone, ai sensi della L. 648/96, per il processo di virilizzazione di uomini transgender, può essere effettuata dai soli specialisti endocrinologo/psichiatra del/delle UO individuata/e dalla Regione dotate di equipe multidisciplinare (endocrinologo, psicologo/psichiatra).

Indicazione:
Processo di virilizzazione di uomini transgender, previa diagnosi di disforia di genere/incongruenza di genere formulata da una equipe multidisciplinare e specialistica dedicata.

Prescrizione

Farmaco prescritto (principio attivo)	Dose (mg)	Frequenza (gg o settimane)	Prima prescrizione	Prosecuzione della cura
(. .			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Posologia:**
- testosterone undecanoato: 1000 mg i.m. ogni 12-16 settimane, previo carico dopo 6 settimane;
 - testosterone undecanoato: 120 – 160 mg/die per os;
 - testosterone entantato: 250 mg i.m. ogni 21-28 gg;
 - esteri del testosterone: 250 mg i.m. ogni 21-28 gg;
 - testosterone gel transdermico: da 20 a 80 mg/die, su cute integra e ben idratata.

Si rimanda ai singoli RCP (Riassunto delle caratteristiche del prodotto) per ulteriori informazioni circa l’uso corretto dei medicinali

Validità del piano terapeutico (mesi)

NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione non può superare i 6 mesi dalla data di compilazione. Nei primi 6 mesi di presa in carico, la rivalutazione dovrà essere effettuata ogni 3 mesi per l’aggiustamento della terapia, successivamente ogni 6 mesi

Se minore, è necessario acquisire il consenso al trattamento di entrambi i genitori o da altri tutori secondo le normative inerenti ai soggetti minorenni (art. 3 della legge n. 219/2017)

Data Decorrenza