



## PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE SSN DI ERITROPOIETINA

CENTRO PRESCRITTORE

CODICE FISCALE

NOME COGNOME

DATA NASCITA

SESSO

TEL

RESIDENZA

ASL DI RESIDENZA

TESSERA SANITARIA

MMG

TRATTAMENTO DELL'ANEMIA (HB < 11 G/DL E SUO MANTENIMENTO TRA 11 E 12 G/DL) ASSOCIATA AD IRC IN PAZIENTI ADULTI. PRINCIPI ATTIVI: METOSSIPOLIETILEGLICOLE-ERITROPOETINA BETA, ERITROPOIETINA TETA

TRATTAMENTO DELL'ANEMIA (HB <10 G/DL) IN PAZIENTI ADULTI ONCOLOGICI CHE RICEVONO CHEMIOTERAPIA ANTIBLASTICA; IN CASO DI HB <8 MG/DL È INDICATO IL RICORSO ALL'EMOTRASFUSIONE. PRINCIPI ATTIVI: ERITROPOIETINA ALFA, ERITROPOIETINA BETA E DARBEPOETINA ALFA, ERITROPOIETINA TETA, ERITROPOIETINA ZETA

TRATTAMENTO DELL'ANEMIA (HB <11 G/DL E SUO MANTENIMENTO TRA 11 E 12 G/DL) ASSOCIATA AD IRC IN PAZIENTI ADULTI E IN SOGGETTI PEDIATRICI SIA IN TRATTAMENTO DIALITICO SIA IN TRATTAMENTO CONSERVATIVO. PRINCIPI ATTIVI: ERITROPOIETINA ALFA, ERITROPOIETINA BETA E DARBEPOETINA ALFA, ERITROPOIETINA ZETA. (\*) PER DARBEPOETINA SONO DISPONIBILI DATI IN ETÀ PEDIATRICA SOLO PER PAZIENTI CON ETÀ >11 ANNI;

TRATTAMENTO PER INCREMENTARE LA QUANTITÀ DI SANGUE AUTOLOGO NELL'AMBITO DI PROGRAMMI DI PREDONAZIONE CON LE LIMITAZIONI PREVISTE IN SCHEDA TECNICA. PRINCIPI ATTIVI: ERITROPOIETINA ALFA, ERITROPOIETINA BETA, ERITROPOIETINA ZETA

CONFEZIONAMENTO E FORMA FARMACEUTICA

DOSE/DIE UNA AL GIORNO

DURATA PREVISTA TRATTAMENTO 12 MESI

☒ PRIMA PRESCRIZIONE☐ PROSECUZIONE DELLA CURA

DATA REDAZIONE 10/02/2017



## PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE SSN DI ERITROPOIETINA

CENTRO PRESCRITTORE

CODICE FISCALE

NOME COGNOME

DATA NASCITA

SESSO

TEL

RESIDENZA

ASL DI RESIDENZA

TESSERA SANITARIA

MMG

FARMACO SUGGERITO

MOTIVO SCELTA TERAPEUTICA



DOCUMENTATO EVENTO AVVERSO:

Evento Avverso verificatosi in data:

Segnalazione Eventi Avversi Servizio di Farmacovigilanza:

Sì, con numero

NO



DOCUMENTATA INEFFICACIA: la valutazione di efficacia deve essere effettuata secondo quanto riassunto nell'allegato B della DGR 216 del 26/02/2014, considerando la sospensione della terapia per incrementi di Hb < 1 g/l dopo adeguato periodo (6-8 settimane) ai dosaggi massimi raccomandati.

Dosaggio di partenza Hb:

del:

Dosaggio raggiunto Hb:

del:



LETTERATURA SCIENTIFICA CHE EVIDENZI, PER LA TIPOLOGIA DEL PAZIENTE IN OGGETTO, UN PARTICOLARE BENEFICIO DEL PRODOTTO/FORMULAZIONE PRESCELTO.

IN ORDINE DECRESCENTE SARANNO PRESI IN CONSIDERAZIONE REVISIONI

SISTEMATICHES DI LETTERATURA /METANALISI/ RCT's.

LE CITAZIONI SCIENTIFICHE ANDRANNO RIPORTATE SECONDO IL SEGUENTE

SCHEMA:

Autore/i - Titolo - Nome della rivista - Numero - mese e anno - pagine: