



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Piano Terapeutico per la prescrizione di teriparatide

Azienda Sanitaria \_\_\_\_\_ Unità Operativa del medico prescrittore \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del medico prescrittore \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_ Data nascita \_\_\_\_\_

Sesso M  F  Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

ASP di residenza \_\_\_\_\_ Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

Peso (Kg) \_\_\_\_\_ Altezza (cm) \_\_\_\_\_ età menopausa: \_\_\_\_\_

**La prescrizione di teriparatide è a carico del SSN per le seguenti indicazioni:**

**prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche vertebrali o di femore, con almeno una delle seguenti condizioni:**

- soggetti, anche se in precedenza mai trattati con gli altri farmaci della nota 79, che si presentano cumulativamente con 3 o più pregresse fratture vertebrali o di femore.
- soggetti, anche se in precedenza mai trattati con gli altri farmaci della nota 79, che si presentano con 1 o più fratture vertebrali o di femore e T-score colonna o femore  $\leq -4$
- soggetti di età superiore a 50 anni in trattamento da più di 12 mesi con dosi  $> 5$  mg/die di prednisone o dosi equivalenti di altri corticosteroidi e che si presentano con 1 o più fratture vertebrali o di femore.
- soggetti che incorrono in una nuova frattura vertebrale o femorale nonostante trattamento con uno degli altri farmaci della nota 79 da almeno un anno.

**Spazio dedicato al MMG** (da compilare esclusivamente in caso di nuova frattura in corso di trattamento in nota 79 da almeno 1 anno)

dall'analisi della scheda sanitaria individuale del paziente si rileva che per almeno un anno è stata effettuato un trattamento con:

alendronato  alendronato+vit.D3  risedronato  raloxifene  ibandronato  ranelato di stronzio

data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale

- Prima prescrizione (primi 6 mesi di trattamento)
- Prosecuzione del trattamento (successivi 6 mesi per un totale di 12 mesi)
- Prosecuzione del trattamento (successivi 6 mesi per un totale di 18 mesi)
- Prosecuzione del trattamento (successivi 6 mesi per un totale di 24 mesi)

Dose \_\_\_\_\_ Durata della terapia \_\_\_\_\_ Scala analogica del dolore (VAS-dolore): punteggio \_\_\_\_\_

Copia valida per N.1 confezione

Data valutazione \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Piano Terapeutico per la prescrizione di teriparatide

FOLLOW UP DOPO  6  12  18 MESI DI TERAPIA (durata massima della terapia 24 mesi)

data \_\_\_\_\_ si conferma la terapia in corso ? si  no

Eventuale motivo della sospensione: \_\_\_\_\_

Parametri: PTH \_\_\_\_\_ calcio \_\_\_\_\_ fosforo \_\_\_\_\_ calciuria \_\_\_\_\_ acido urico \_\_\_\_\_

fosfatasi alcalina \_\_\_\_\_

Eventuali effetti collaterali \* \_\_\_\_\_

Nuove fratture negli ultimi 6 mesi si  no

Comparsa di complicanze scheletriche benigne o maligne si  no

Copia valida per N.1 confezione

Data valutazione \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

*\* In caso di comparsa di reazioni avverse riportare il codice della scheda di segnalazione ADR Ministeriale come Normativa vigente*

*Ai fini di un appropriato utilizzo e del monitoraggio della sicurezza d'impiego del medicinale si rimanda a quanto riportato nei punti 4.4, 4.5 e 4.6 del RCP*