

A white dove is shown in flight, its wings spread wide. The dove is positioned in the upper half of the frame, flying towards the right. The background is a dark, starry night sky. At the bottom of the image, there is a dark, choppy sea. The overall composition is centered and balanced.

*IL PIANO DI PRESA IN CARICO
GLOBALE DEL PAZIENTE*

Modulo Piano Terapeutico

Prescrizione

Facilitare la prescrizione: fascia del farmaco trasparente al medico prescrittore, moduli predefiniti per farmaci galenici ed orfani, acquisizione consenso informato per farmaci off-label, relazione per farmaci esteri ed extra-LEA

Approvvigionamento

Nel modo più economico possibile: farmacie ospedaliere

Erogazione

Vicina al luogo di vita del paziente e/o al Centro prescrittore secondo necessità, monitoraggio clinico e controllo della spesa farmaceutica regionale

Somministrazione

Vicina al luogo di vita del paziente e/o al Centro prescrittore secondo necessità, stretto monitoraggio di efficacia e sicurezza del farmaco nella pratica clinica

Quali trattamenti?

**IL SI coinvolge diversi attori,
funzioni e luoghi**

Farmaci orfani

Tutti gli altri farmaci

Trattamenti off-label

Dietetici

Parafarmaci

Farmaci esteri

Galenici magistrali

Dispositivi medici

Protesi ed ausili

Altri trattamenti

(Riabilitazione-procedure chirurgiche)

Prescrizione

Centri di expertise

Approvvigionamento

farmacie ospedaliere, altre

Erogazione

Servizi farmaceutici

ospedalieri e territoriali

distretti

Somministrazione e

monitoraggio

Centri di Exp

Altri ospedali

domicilio

TRE livelli di erogazione dei benefici previsti

1) LEA

2) INTEGRAZIONI regionali per entità nosologica, basate sui PROTOCOLLI

3) INTEGRAZIONI per specifiche esigenze individuali

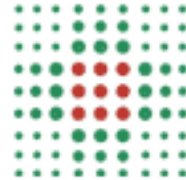
Fruibili se all'interno della rete di assistenza e attraverso il sistema informativo

Registro Malattie Rare

Regione Veneto



Regione Emilia Romagna



Provincia Autonoma di Bolzano



Provincia Autonoma di Trento



Regione Campania



Regione Puglia



Regione Umbria



Regione Sardegna



Il Centro

Autenticazione dell'utente

Nuove funzioni del Centro

Registro Malattie Rare

Malattie Rare

Certificato
Pregresso

Scadenziario Piani

Pazienti Condivisi

Nuovo Certificato

Cerca Pazienti

Cerca Paziente
con PIN

Segnalazione
Malattie non
comprese

Elenco Malattie
non comprese

Gestione
Somministrazione
Orfani

Esporta Esenzioni
Registro

Cambio Password

Manuale

Scadenziario Piani

Pazienti condivisi

Cerca Paziente con PIN

Gestione Somministrazione Orfani

Novità nel modulo certificato

Malattie Rare

Utente connesso: mr_neuro_tri

Dati del Paziente

Ricerca in Edotto

CERCA PAZIENTE in Edotto

Assistito - DATI PROVVISORI

Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Detto:	<input type="text"/>		
Data di nascita: (gg/mm/aaaa)	<input type="text"/>	Sesso:	<input type="radio"/> Maschile <input type="radio"/> Femminile
Comune di nascita:	<input type="text"/> ?	Prov:	<input type="text"/>
Stato estero di Nascita:	<input type="text"/> ?		
Codice fiscale / STP:	<input type="text"/>	Codice sanitario:	<input type="text"/>
Cittadinanza italiana:	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No		

Indirizzo di residenza

Indirizzo:	<input type="text"/>	Cap:	<input type="text"/>
Comune di residenza:	<input type="text"/> ?	Prov:	<input type="text"/>
Regione di residenza:	<input type="text"/>	Azienda ASL di residenza:	<input type="text"/>
Stato estero di residenza:	<input type="text"/> ?		

Indirizzo di domicilio

Cerca Paziente nell'Anagrafica di Edotto

Certificato Progresso

Scadenario Piani

Pazienti Condivisi

Nuovo Certificato

Cerca Pazienti

Cerca Paziente con PIN

Segnalazione Malattie non comprese

Elenco Malattie non comprese

Gestione Somministrazione Orfani

Esporta Esenzioni Registro

Cambio Password

Manuale

Novità nel modulo certificato

Malattie Rare

Certificato
Progresso

Scadenario Piani

Pazienti Condivisi

Nuovo Certificato

Cerca Pazienti

Cerca Paziente con PIN

Segnalazione Malattie non comprese

Elenco Malattie non comprese

Gestione Somministrazione Orfani

Esporta Esenzioni Registro

Cambio Password

Manuale

Dati del Paziente

Utente connesso: mr_neuro_tri

Cerca Paziente nell'Anagrafica di Edotto

Ricerca in Edotto

CERCA PAZIENTE in Edotto

Assistito - DATI PROVVISORI

Cognome: Nome:

Detto:

Data di nascita: (gg/mm/aaaa)

Comune di nascita: ?

Stato estero di Nascita: ?

Codice fiscale / STP:

Cittadinanza italiana: Sì No

Indirizzo di residenza

Indirizzo:

Comune di residenza: ?

Regione di residenza:

Stato estero di residenza: ?

Indirizzo di domicilio

Ricerca Paziente

Specificare i dati anagrafici del paziente rispettando le seguenti disposizioni:
I campi contrassegnati da * sono **OBBLIGATORI!**
I dati immessi devono essere **COMPLETEI** e **NON ABBREVIATI**.
Alcuni pulsanti informativi sono disponibili a lato dei campi.

Ricerca per codice identificativo

Codice fiscale del paziente:

Ricerca per dati anagrafici

Cognome del paziente*:

Nome del paziente*:

Data di nascita (gg/mm/aaaa):

Compilare almeno i campi obbligatori contrassegnati con *

CERCA PAZIENTE IN EDOTTO

Novità nel modulo certificato

Comune di residenza: ? Prov:
Regione di residenza: Azienda ASL di residenza:
Stato estero di residenza: ?

Indirizzo di domicilio

Domicilio diverso dalla residenza: Si No
Indirizzo: Cap:
Comune di domicilio: ? Prov:
Regione di domicilio: Azienda ASL di domicilio:
Stato estero di domicilio: ?

Assistenza fornita da: Azienda ASL di domicilio Azienda ASL di residenza

Malattia

Nome malattia: ?
Branch:
Codice ORPHA: Codice OMIM:
Codice ICD10: Codice ICD9CM:

Usa Dietetici:
Usa farmaco orfano: Si No Nome farmaco:

Esenzione

Codice Esenz.: Malattia di riferim.:

https://mr.regione.veneto.it/jsp/SWGeneralizzato/lookup.jsp?dato=_malattia&functionName=setMalattia_MR&cl

<< < > >> Esci Pag. 1

	BRANCH	Mal. rif.	cod. esenz
<input checked="" type="checkbox"/> S	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA PAGETOIDE	Malattie genetiche rare	MIOPATIE CONGENITE EREDITARIE RFG070
<input checked="" type="checkbox"/> S	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA PAGETOIDE	Malattie neurologiche rare	MIOPATIE CONGENITE EREDITARIE RFG070
<input checked="" type="checkbox"/> S	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA PAGETOIDE	Malattie dell'osso rare	MIOPATIE CONGENITE EREDITARIE RFG070
<input checked="" type="checkbox"/> S	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA PAGETOIDE	Anomalie rare dello sviluppo durante l'embriogenesi	MIOPATIE CONGENITE EREDITARIE RFG070
<input checked="" type="checkbox"/> S	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA	Malattie neurologiche rare	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA RF0100

Nuove Diagnosi, Orphacode e Branches

Novità nel modulo certificato

Stato estero di domicilio: [?]

Assistenza fornita da: Azienda ULSS di domicilio Azienda ULSS di residenza Il paziente vuole che il distretto invii esenzione a domicilio: Sì No

Malattia

Nome malattia: SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA [?] [Vedi scheda sul sito](#)

Branch: [?]

Codice ORPHA: 803 Codice OMIM: 614808,615426,615515,616208,616209

Codice ICD10: G12.2 Codice ICD9CM: 335.20

Usa Dietetici: Dieta non attiva: [cliccare qui per attivarla](#)

Usa GH: Utilizzo GH non attivato: [cliccare qui per attivarlo](#)

Usa farmaco orfano: Sì No Nome farmaco: [_____]

Esenzione

Codice Esenz.: RF0100 Malattia di riferim.: SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

Dati Esordio Malattia

Primo centro che ha effettuato la diagnosi: [_____]

Data diagnosi: [_____] Data esordio: [_____]

Fonte dati esordio: Riferiti da paziente Da documenti

Dati Utente Certificatore

Medico certificatore: Dr. Ped Pd

Centro che certifica: Dipartimento strutt. salute donna e bambini

Presidio che certifica: Azienda Ospedaliera di Padova

Azienda che certifica: Azienda Ospedaliera di Padova

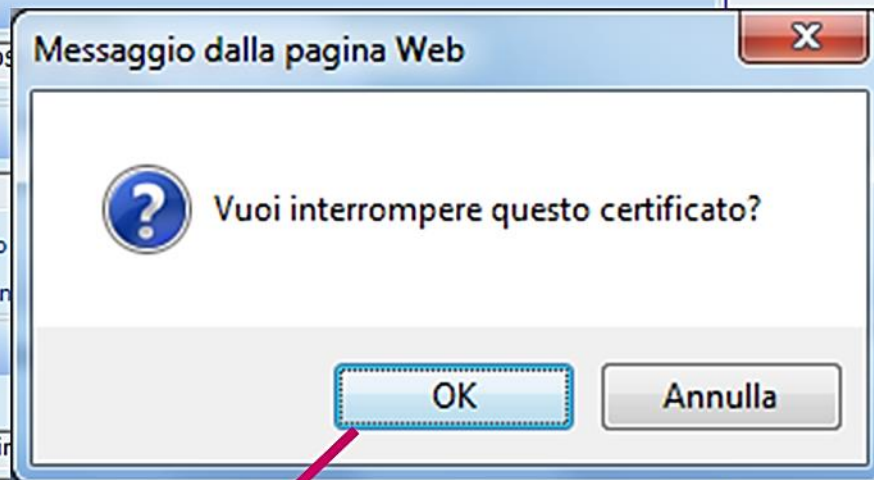
Data certificato: 11/09/2018

[Gestione Controlli](#)

Piani Terapeutici Personalizzati

[Gestione piani terapeutici pers.](#)

[Stampa Certificato](#) [Specifica Diagnosi](#) [Interruzione Certificato](#) [\[Condividi Paziente\]](#) [\[Inserisci segnalazione errore\]](#)



Specifica diagnosi

Novità nel modulo certificato

**Accesso alla
«Gestione piani presa
in carico
personalizzati»**

Malattia					
Nome malattia:	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA ? Vedi scheda sul sito				
Branch:	Malattie neurologiche rare				
Codice ORPHA:	803	Codice OMIM:	614808,615426,615515,616208,616209		
Codice ICD10:	G12.2	Codice ICD9CM:	335.20		
Usa Dietetici:	<input type="checkbox"/> Dieta non attiva: cliccare qui per attivarla	Usa farmaco orfano:	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No	Nome farmaco:	
Esenzione					
Codice Esenz.:	RF0100	Malattia di riferim.:	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA		
Dati Esordio Malattia					
Primo centro che ha effettuato la diagnosi:		Data diagnosi:		Data esordio malattia (mm/aaaa):	
Fonte dati esordio:	<input type="checkbox"/> Riferiti da paziente	<input type="checkbox"/> Da documentazione			
Dati Utente Certificatore					
Medico certificatore:	Dr. mr_neuro_tri	Centro che certifica:	Neurologia		
Presidio che certifica:	Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)	Azienda che certifica:	Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)		
Data certificato:	21/09/2018				
Piani Terapeutici Personalizzati					
Gestione piani terapeutici pers.					
Stampa Certificato	[Condividi Paziente]	[Inserisci segnalazione errore]			

Il nuovo modulo delle prescrizioni

Certificato
Progresso

Scadenario Piani

Pazienti Condivisi

Nuovo Certificato

Cerca Pazienti

Cerca Paziente
con PIN

Segnalazione
Malattie non
comprese

Elenco Malattie
non comprese

Gestione
Somministrazione
Orfani

Esporta Esenzioni
Registro

Cambio Password

Manuale

Piani Terapeutici dell'Assistito

Utente connesso: **mr_neuro_tri**

Paziente: **ROSSI GIANFRANCO 02/09/1968**

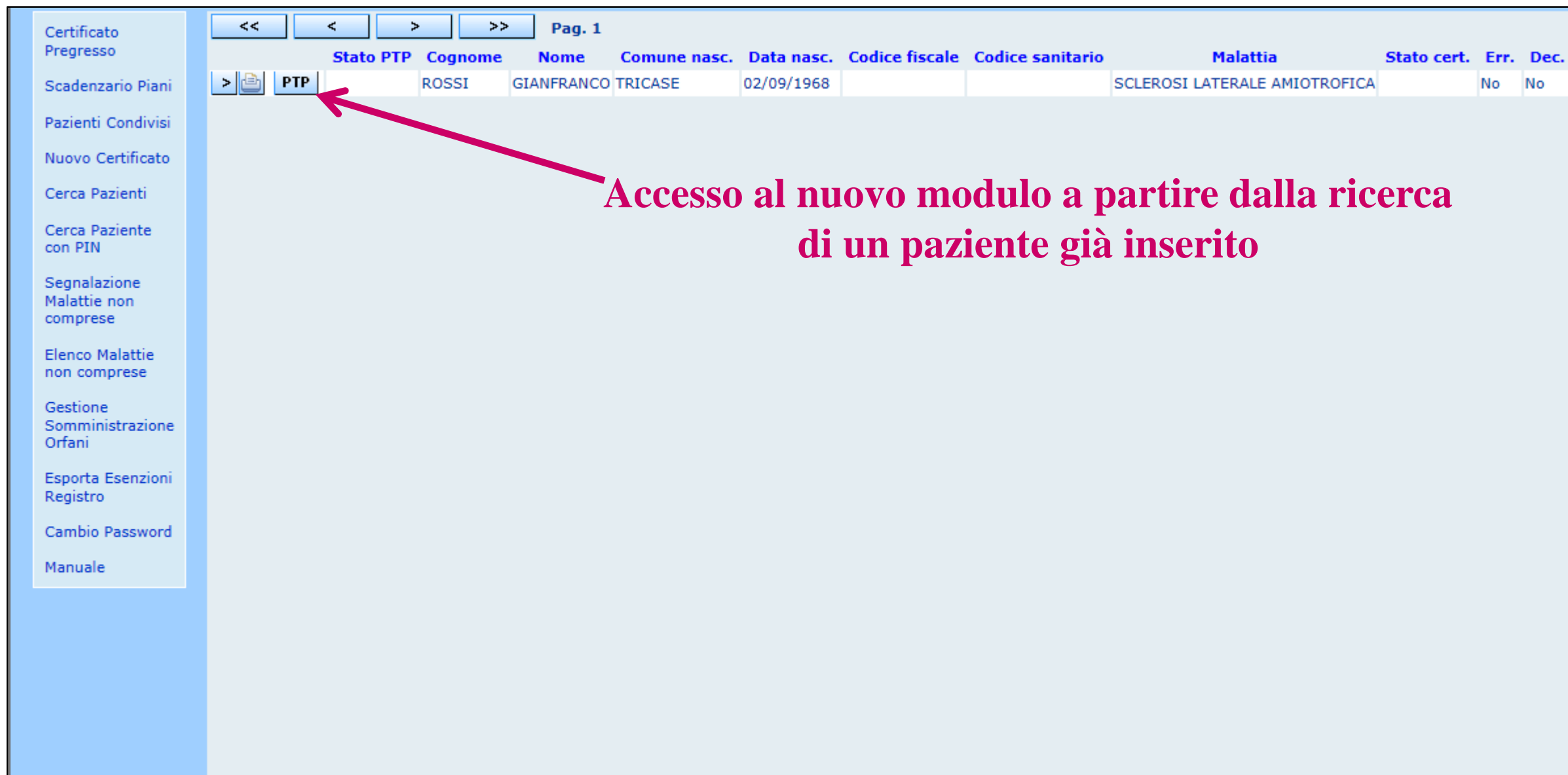
Elenco piani terapeutici

Non esistono piani terapeutici personalizzati inseriti da questo centro per questo paziente

Paziente

Nuovo piano

Il nuovo modulo delle prescrizioni



The screenshot displays a software interface for medical prescriptions. On the left is a vertical navigation menu with the following items: Certificato Progresso, Scadenario Piani, Pazienti Condivisi, Nuovo Certificato, Cerca Pazienti, Cerca Paziente con PIN, Segnalazione Malattie non comprese, Elenco Malattie non comprese, Gestione Somministrazione Orfani, Esporta Esenzioni Registro, Cambio Password, and Manuale. The main area shows a table with columns: Stato PTP, Cognome, Nome, Comune nasc., Data nasc., Codice fiscale, Codice sanitario, Malattia, Stato cert., Err., and Dec. The first row contains the data: > [print icon] PTP, ROSSI, GIANFRANCO, TRICASE, 02/09/1968, [empty], [empty], SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA, [empty], No, No. A red arrow points from the text overlay to the 'PTP' button in the first row of the table.

Accesso al nuovo modulo a partire dalla ricerca di un paziente già inserito

Il nuovo modulo a sezioni delle prescrizioni

Piano Terapeutico Personalizzato

Utente connesso: mr_neuro_tr

Paziente: ROSSI GIANFRANCO 02/09/1968

Inserimento / Modifica Prescrizione

1. Farmaci e parafarmaci

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Nota-AIFA	Off-Label	Non-Sost
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aggiungi farmaco

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizzare in regime di esenzione dal costo, secondo le specifiche disposizioni regionali

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost	Galen.	Relaz.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra

Aggiungi trattamento in esenzione

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

3. Preparati galenici

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altro P. attivo:

Aggiungi galenico

4. Altri trattamenti (riabilitativi, chirurgici, etc.)

Trattamento	Data
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aggiungi trattamento

Elenco PTP

Sezioni del modulo

Farmaci e parafarmaci

(Farmaci di classe A, con nota AIFA, del PHT, di classe H, della L.648/96 e/o carico dell'assistito)

Richieste motivate extra-LEA individuali da autorizzare

Preparati galenici

Altri trattamenti

Farmaco LEA Riluzolo

Inserimento / Modifica Prescrizione

1. Farmaci e parafarmaci

Principio Attivo: ?

Nome Commerciale: ?

Posologia: ?

Nota-AIFA: Off-Label: Non-Sost:

Aggiungi farmaco

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizzare in costo, secondo le specifiche disposizioni regionali

Principio Attivo: ?

Nome Commerciale: ?

Posologia: ?

Off-Label:

Aggiungi trattamento in esenzione

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

3. Preparati galenici

Principio Attivo: ?

Nome Commerciale: ?

Posologia:

Altro P. attivo:

Aggiungi galenico

4. Altri trattamenti (riabilitativi, chirurgici, etc.)

Treatmento:

Aggiungi trattamento

Elenco PTP

Lookup Table -- Finestra di dialogo pagina Web

https://mr.regione.veneto.it/jsp/SWGeneralizzato/lookup.jsp?dato=_farmaco&functio Errore certificato

<< < > >> Esci Pag. 1

	PRODOTTO	DITTA	CLASSE	PREZZO	TIPO	NOTA_AIFA
<input type="checkbox"/>	RILUTEK*56CPR RIV 50MG	SANOFI-AVENTIS SpA *	A	331.08		
<input type="checkbox"/>	RILUZOLO CRI*56CPR RIV 50MG	CRINOS SpA *	A	224.88		
<input type="checkbox"/>	RILUZOLO ACT*56CPR RIV 50MG	ACTAVIS ITALY SpA	A	224.88		
<input type="checkbox"/>	TEGLUTIK*OS SOSP FL300ML5MG/ML	ITALFARMACO SpA *	A	120.49		
<input type="checkbox"/>	RILUZOLO SAN*56CPR RIV 50MG	SANDOZ SpA *	A	224.88		
<input type="checkbox"/>	RILUZOLO TEVA*56CPR RIV 50MG		A	224.88		
<input type="checkbox"/>	RILUZOLO SUN*56CPR RIV 50MG	SUN PHARMACEUTICALS ITALIA Srl	A	224.88		
<input type="checkbox"/>	RILUZOLO ZENT*56CPR RIV	SANOFI ITALIA SpA	A	224.88		

Sez. 1 Farmaci e parafarmaci

Come si prescrive: il caso SLA

Farmaco L.648

Carbamazepina

per «dolore neuropatico»

Inserimento / Modifica Prescrizione

1. Farmaci e parafarmaci

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Nota-AIFA	Off-Label	Non-Sost
<input type="text" value="RILUZOLO"/> ?	<input type="text" value="RILUZOLO ZENT*56CPR RIV"/> ?	<input type="text" value="50mg/die"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text" value="CARBAMAZEPINA"/> ?	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aggiungi farmaco

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizzare in costo, secondo le specifiche disposizioni regionali

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label
<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>

Aggiungi trattamento in esenzione

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

3. Preparati galenici

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia
<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>

Altro P. attivo:

Aggiungi galenico

4. Altri trattamenti (riabilitativi, chirurgici, etc.)

Trattamento

Aggiungi trattamento

Elenco PTP

Lookup Table -- Finestra di dialogo pagina Web

https://mr.regione.veneto.it/jsp/SWGeneralizzato/lookup.jsp?dato=_farmaco&functio Errore certificato

<< < > >> Esci Pag. 1

PRODOTTO	DITTA	CLASSE	PREZZO	TIPO	NOTA_AIFA
<input type="checkbox"/> S CARBAMAZEPINA EG*50CPR 200MG	EG SpA	A	3.96	L648	
<input type="checkbox"/> S CARBAMAZEPINA EG*30CPR 400MG	EG SpA	A	5.21	L648	
<input type="checkbox"/> S CARBAMAZEPINA 250G	SOLMAG SpA				
<input type="checkbox"/> S CARBAMAZEPINA 50G					
<input type="checkbox"/> S TEGRETOL*50CPR 200MG					
<input type="checkbox"/> S TEGRETOL*30CPR 400MG					
<input type="checkbox"/> S TEGRETOL*50CPR 200MG					
<input type="checkbox"/> S TEGRETOL*30CPR 400MG					
<input type="checkbox"/> S CARBAMAZEPINA 250G					
<input type="checkbox"/> S TEGRETOL*50CPR 200MG					

Messaggio dalla pagina Web

Principio Attivo inserito nella Legge 648/96. Stai prescrivendo la specialità medicinale autorizzata e secondo le indicazioni: Dolore neuropatico ?

OK

Messaggio dalla pagina Web

Hai raccolto il consenso informato del paziente e firmato l'assunzione di responsabilità?

OK

Annulla

Farmaco Nota Aifa Esomeprazolo

Inserimento / Modifica Prescrizione

1. Farmaci e parafarmaci

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Nota-AIFA	Off-Label	Non-Sost
RILUZOLO	RILUZOLO ZENT*56CPR RIV	50mg/die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA EG*50CPR	1/2 cp x 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RAZOLO MAGNESIO TRIIDRA	NEXIUM*14CPR GASTR 20M	1 cp ore 8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aggiungi farmaco

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizzare in costo, secondo le specifiche disposizioni regionali

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Aggiungi trattamento in esenzione

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

3. Preparati galenici

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altro P. attivo:

Aggiungi galenico

4. Altri trattamenti (riabilitativi, chirurgici, etc.)

Trattamento	Data
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aggiungi trattamento

Elenco PTP

Lookup Table -- Finestra di dialogo pagina Web

https://mr.regione.veneto.it/jsp/SWGeneralizzato/lookup.jsp?dato=_farmaco: Errore certificato

<< < > >> Esci Pag. 1

PRODOTTO	DITTA	CLASSE	PREZZO	TIPO	NOTA_AIFA
S NEXIUM*14CPR GASTR 20MG	ASTRAZENECA SpA *	A	7.08		NOTA 1 / NOTA 48
S NEXIUM*14CPR GASTR 40MG	ASTRAZENECA SpA *	A	8.89		NOTA 1 / NOTA 48

Farmaco fascia C
Acetilcisteina

Inserimento / Modifica Prescrizione

1. Farmaci e parafarmaci

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Nota-AIFA	Off-Label	Non-Sost
RILUZOLO	RILUZOLO ZENT*56CPR RIV	50mg/die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA EG*50CPR	1/2 cp x 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESOMEPRAZOLO MAGNESIO	NEXIUM*14CPR GASTR 20M	1 cp ore 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACETILCISTEINA	FLUIMUCIL*30CPR EFF 600M	1 cp die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aggiungi farmaco

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizz...
costo, secondo le specifiche disposizioni regionali

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aggiungi trattamento in esenzione

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

3. Preparati galenici

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Altro P. attivo:

Aggiungi galenico

4. Altri trattamenti (riabilitativi, chirurgici, etc.)

Trattamento	Data
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aggiungi trattamento

Elenco PTP

https://mr.regione.veneto.it/jsp/SWGeneralizzato/lookup.jsp?dato=_farmaco&functionName=setFarmacoLibero8

<< < > >> Esci Pag. 1

	PRODOTTO	DITTA	CLASSE	PREZZO	TIPO	NOTA_AIFA
<input type="checkbox"/>	FLUIMUCIL TOSSE SED*SCIR 200ML	ZAMBON ITALIA Srl *	C	0		
<input type="checkbox"/>	FLUIMUCIL ANT.IN.TOP*AD 3F 500	ZAMBON ITALIA Srl *	C	7.5		
<input type="checkbox"/>	NOVOTOSSIL=>FLUIMUCIL TOSSE SE	ZAMBON ITALIA Srl *	C	0		
<input type="checkbox"/>	FLUIMUCIL*EV AER 10F 300MG/3ML	ZAMBON ITALIA Srl *	C	10.5		
<input type="checkbox"/>	FLUIMUCIL*SCIR 200ML 600MG/15M	ZAMBON ITALIA Srl *	C	9.9		
<input checked="" type="checkbox"/>	FLUIMUCIL*30CPR EFF 600MG	ZAMBON ITALIA Srl *	C	12.4		
<input type="checkbox"/>	FLUIMUCIL*30BUST 600MG	ZAMBON ITALIA Srl *	C	12.9		
<input type="checkbox"/>	FLUIMUCIL MUC.*OS 30BUST 200MG	ZAMBON ITALIA Srl *	C	0		
<input type="checkbox"/>	FLUIMUCIL MUC.*OS 30BS S/Z 200M	ZAMBON ITALIA Srl *	C	0		
<input type="checkbox"/>	FLUIMUCIL MUC.*SCIR FL200ML	ZAMBON ITALIA Srl *	C	0		
<input type="checkbox"/>	FLUIMUCIL MUC.*20CPR ORO 200MG	ZAMBON ITALIA Srl *	C	0		
<input type="checkbox"/>	FLUIMUCIL MUC.*OS 30BUST 100MG	ZAMBON ITALIA Srl *	C	0		
<input type="checkbox"/>	FLUIMUCIL MUC.*SCIR FL 150ML	ZAMBON ITALIA Srl *	C	0		

Scelta della Farmacia che procura ed eroga

Inserimento / Modifica Prescrizione

1. Farmaci e parafarmaci

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Nota-AIFA	Off-Label	Non-Sost
<input type="text" value="RILUZOLO"/>	<input type="text" value="RILUZOLO ZENT*56CPR RIV"/>	<input type="text" value="50mg/die"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text" value="CARBAMAZEPINA"/>	<input type="text" value="CARBAMAZEPINA EG*50CPR"/>	<input type="text" value="1/2 cp x 2"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text" value="ESOMEPRAZOLO MAGNESIO"/>	<input type="text" value="NEXIUM*14CPR GASTR 20M"/>	<input type="text" value="1 cp ore 8"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text" value="ACETILCISTEINA"/>	<input type="text" value="FLUIMUCIL*30CPR EFF 600M"/>	<input type="text" value="1 cp die"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aggiungi farmaco

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

Scegli una farmacia

- Farmacia Ospedaliera-P.O. F.Ferrari - Casarano
- Farmacia Ospedaliera-P.O. Sacro Cuore di Gesù - Gallipoli
- Farmacia Ospedaliera-P.O. S.Giuseppe - Copertino
- Farmacia Ospedaliera-Presidio Ospedaliero 'Santa Caterina Novella' - GALATINA (Lecce)
- Farmacia Ospedaliera-Presidio Ospedaliero 'Veris delli Ponti' - SCORRANO
- Farmacia Ospedaliera-Presidio Ospedaliero 'Vito Fazzi' - LECCE

2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA esser...

costo, secondo le specifiche disposizioni regi...

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost	Galen.	Relaz.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra

Aggiungi trattamento in esenzione

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

3. Preparati galenici

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altro P. attivo:

Aggiungi galenico

**Farmaco off-label
Levoacetilcarnitina
da autorizzare**

Inserimento / Modifica Prescrizione

1. Farmaci e parafarmaci

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Nota-AIFA	Off-Label	Non-Sost
RILUZOLO	RILUZOLO ZENT*56CPR RIV	50mg/die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA EG*50CPR	1/2 cp x 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESOMEPRAZOLO MAGNESIO	NEXIUM*14CPR GASTR 20M	1 cp ore 8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACETILCISTEINA	FLUIMUCIL*30CPR EFF 600M	1 cp die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aggiungi farmaco

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza Scegli una farmacia

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza Scegli una farmacia

2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizzare in regime di costo, secondo le specifiche disposizioni regionali

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost
LEVOACETILCARNITINA	*500MG GRAT 20 BUST	2 bust x 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aggiungi trattamento in esenzione

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza Scegli una farmacia

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza Scegli una farmacia

3. Preparati galenici

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia

Altro P. attivo:

Aggiungi galenico

4. Altri trattamenti (riabilitativi, chirurgici, etc.)

Trattamento	Data

Aggiungi trattamento

Elenco PTP

Lookup Table -- Finestra di dialogo pagina Web

https://mr.regione.veneto.it/jsp/SWGeneralizzato/lookup.jsp?dato=_farmaco&functionName=s Errore certificato

<< < > >> Esci Pag. 1

	PRODOTTO	DITTA	CLASSE	PREZZO	TIPO	NOTA_AIFA
S	NICETILE*30CPR 500MG	SIGMATAU IND.FARM.RIUNITE SpA*	C	24.5		
S	NICETILE*500MG GRAT 20 BUST	SIGMATAU IND.FARM.RIUNITE SpA*	C	19.7		
S	NICETILE*IM 500MG+5F 4M					
S	NICETILE*OS 1FL 308MG/M					

Messaggio dalla pagina Web

Stai prescrivendo un farmaco con un uso off-label. Hai raccolto il consenso informato del paziente e firmato l'assunzione di responsabilità ??

OK Annulla

1. Farmaci e parafarmaci

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Nota-AIFA	Off-Label	Non-Sost
RILUZOLO	RILUZOLO ZENT*56CPR RIV	50mg/die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA EG*50CPR	1/2 cp x 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESOMEPRAZOLO MAGNESIO	NEXIUM*14CPR GASTR 20M	1 cp ore 8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACETILCISTEINA	FLUIMUCIL*30CPR EFF 600M	1 cp die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aggiungi farmaco

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizzare in regime di esenzione dal costo, secondo le specifiche disposizioni regionali

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost	Galen.	Relaz.
LEVOACETILCARNITINA	*500MG GRAT 20 BUST	2 bust x 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra

Scheda Relazione

già autorizzato

Tipologia del prodotto:

Trattamento in fascia C - Off-label

Specificità della condizione del paziente:

Ipotrofia muscolare in paziente affetto da malattia del motoneurone in terapia con Riluzolo, con difficoltà ingravescenti di deambulazione, in peggioramento clinico

Definizione della Richiesta:

L-Acetilcarnitina ha meccanismo d'azione diverso dal Riluzolo, facilitante l'azione dello stesso. Aumento della sopravvivenza media, mantenimento di una maggior capacità vitale forzata e di maggior punteggio ALSFRS-R nei pazienti trattati con ALC 3g/die + Riluzolo 100 mg/die

Bibliografia:

Randomized double-blind placebo-controlled trial of acetyl-L-carnitine for ALS. Beghi E et al. Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener. 2013 Sep;14(5-6):397-405

**Farmaco off-label
Compilazione della
richiesta motivata**

Sez. 2 Richieste extra-LEA «ad personam»

Come si prescrive: il caso SLA

Inserimento / Modifica Prescrizione

1. Farmaci e parafarmaci

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Nota-AIFA	Off-Label	Non-Sost
RILUZOLO	RILUZOLO ZENT*56CPR RIV	50mg/die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA EG*50CPR	1/2 cp x 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESOMEPRAZOLO MAGNESIO	NEXIUM*14CPR GASTR 20M	1 cp ore 8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACETILCISTEINA	FLUIMUCIL*30CPR EFF 600M	1 cp die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aggiungi farmaco

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza Scegli una farmacia

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza Scegli una farmacia

2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizzare in regime di esenzione dal costo, secondo le specifiche disposizioni regionali

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost	Galen.	Relaz.
LEVOACETILCARNITINA	NICETILE*500MG GRAT	2 bust x 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCOPOLAMINA	SCOPODERM TTS 1 mg	1 cerotto/72 h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aggiungi trattamento in esenzione

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza Scegli una farmacia

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza Scegli una farmacia

3. Preparati galenici

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia

Altro P. attivo:

Aggiungi galenico

Farmaco estero
Scopolamina
cerotti

Lookup Table -- Finestra di dialogo pagina Web

https://mr.regione.veneto.it/jsp/SWGeneralizzato/lookup.jsp?dato=_farmaco&functio Errore certificato

<< < > >> Esci Pag. 1

PRODOTTO	DITTA	CLASSE	PREZZO	TIPO	NOTA_AIFA
S SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm	NOVARTIS SANTÉ FAMILIALE SAS		0	Estero	

Sez. 2 Richieste extra-LEA «ad personam»

Come si prescrive: il caso SLA

1. Farmaci e parafarmaci

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Nota-AIFA	Off-Label	Non-Sost
<input type="checkbox"/> RILUZOLO ?	<input type="checkbox"/> RILUZOLO ZENT*56CPR RIV ?	<input type="text" value="50mg/die"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CARBAMAZEPINA ?	<input type="checkbox"/> CARBAMAZEPINA EG*50CPR ?	<input type="text" value="1/2 cp x 2"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ESOMEPRAZOLO MAGNESIO ?	<input type="checkbox"/> NEXIUM*14CPR GASTR 20MI ?	<input type="text" value="1 cp ore 8"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ACETILCISTEINA ?	<input type="checkbox"/> FLUIMUCIL*30CPR EFF 600M ?	<input type="text" value="1 cp die"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aggiungi farmaco

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizzare in regime di esenzione dal costo, secondo le specifiche disposizioni regionali

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost	Galen.	Relaz.
<input type="checkbox"/> LEVOACETILCARNITINA ?	<input type="checkbox"/> NICETILE*500MG GRAT ?	<input type="text" value="2 bust x 3"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra
<input type="checkbox"/> SCOPOLAMINA ?	<input type="checkbox"/> SCOPODERM TTS 1 mg, ?	<input type="text" value="1 cerotto/72 h"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra

Scheda Relazione

già autorizzato

Tipologia del prodotto:

Specificità della condizione del paziente:

Definizione della Richiesta:

Bibliografia:

Aggiungi trattamento in esenzione

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

Farmaco estero
Scopolamina
cerotti
Compilazione
richiesta
motivata

Sez. 3 Preparati galenici

Come si prescrive: il caso SLA

Galenico magistrale Atropina solfato

Inserimento / Modifica Prescrizione

1. Farmaci e parafarmaci

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Nota-AIFA	Off-Label	Non-Sost
RILUZOLO	RILUZOLO ZENT*56CPR RIV	50mg/die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA EG*50CPR	1/2 cp x 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESOMEPRAZOLO MAGNESIO	NEXIUM*14CPR GASTR 20M	1 cp ore 8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACETILCISTEINA	FLUIMUCIL*30CPR EFF 600M	1 cp die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aggiungi farmaco

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizzare a costo, secondo le specifiche disposizioni regionali

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia
LEVOACETILCARNITINA	NICETILE*500MG GRAT	2 bust x 3
SCOPOLAMINA	SCOPODERM TTS 1 mg	1 cerotto/72 h

Aggiungi trattamento in esenzione

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

3. Preparati galenici

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia
ATROPINA SOLFATO		10 gtt/c

Altro P. attivo:

Aggiungi galenico

Lookup Table -- Finestra di dialogo pagina Web

https://mr.regione.veneto.it/jsp/SWGeneralizzato/lookup.jsp?dato=_pAttivo&function Errore certificato

<< < > >> Esci Pag. 1

	DESCRIZIONE	CODPATTIVO
<input checked="" type="checkbox"/>	APROBARBITAL/CAFFEINA/TEOBROMINA/ACEFILLINA/EFEDRINA/ATROPINA SOLFATO/BROMOPAPAVERINA	533000
<input checked="" type="checkbox"/>	ATROPINA SOLFATO	035000
<input checked="" type="checkbox"/>	ATROPINA SOLFATO/EFEDRINA CLORIDRATO/TIAMINA SODIOGLICEROFOSFATO	534900
<input checked="" type="checkbox"/>	CORTECCIA SURRENALE ESTRATTO/PAPAVERINA CLORURO/NICOTINAMIDE/ATROPINA SOLFATO	589200
<input checked="" type="checkbox"/>	DIFENOXILATO/ATROPINA SOLFATO	625800
<input checked="" type="checkbox"/>	DIFENOXINA/ATROPINA SOLFATO	612800
<input checked="" type="checkbox"/>	ETILMORFINA CANFOSULFONATO/PAPAVERINA CLORIDRATO/ATROPINA SOLFATO	638700
<input checked="" type="checkbox"/>	FENOBARBITAL/ATROPINA SOLFATO/IOSCIAMINA BROMIDRATO/SCOPOLAMINA BROMIDRATO	799300
<input checked="" type="checkbox"/>	FENOBARBITAL/ATROPINA SOLFATO/IOSCIAMINA BROMIDRATO/SCOPOLAMINA BROMIDRATO/SODIO BICARBONATO	799700
<input checked="" type="checkbox"/>	FENOBARBITAL/IOSCIAMINA SOLFATO/IOSCINA BROMIDRATO/ATROPINA SOLFATO	900010
<input checked="" type="checkbox"/>	GENTAMICINA/ATROPINA SOLFATO	662600
<input checked="" type="checkbox"/>	MORFINA CLORIDRATO/ATROPINA SOLFATO	748100

Come si prescrive: il caso SLA

Ricetta magistrale da compilare in linea

Al paziente sono prescritti i seguenti galenici magistrali

ATROPINA SOLFATO -

Posologia: 10 gtt/die

Forma Farmaceutica: GOCCE OS/LIQUIDO OS Sterile:

Via di somministrazione: Orale

Dosaggio: 1mg/ml

Quantità: fl 10 ml


Note Formulazione Galenico:
fare secondo arte

Urgente:

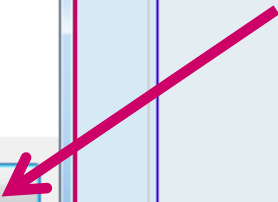
Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza Scegli una farmacia

Farmacia che allestisce/fornisce: Del Centro di Residenza Scegli una farmacia

Messaggio dalla pagina Web

 E' necessario completare la ricetta dei farmaci galenici.

OK



**Ricetta magistrale
Scelta di chi
allestisce ed eroga**

Come si prescrive: il caso SLA

Modulo d'importazione da compilare in linea

Al paziente sono prescritti i seguenti farmaci esteri:

SCOPOLAMINA - SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm

Posologia: 1 cerotto/72 h

Forma: CEROTTI

Via: Transdermica

Dosaggio Specialità: 1 mg/72 h

Confezione da:

Specificità della condizione del paziente:
Trattamento sintomatico della scialorrea in paziente affetto da SLA

Definizione della Richiesta:
Formulazione non disponibile in Italia

Bibliografia:
Linee guida internazionali sulla terapia della SLA...

Stampa modulo di richiesta per:

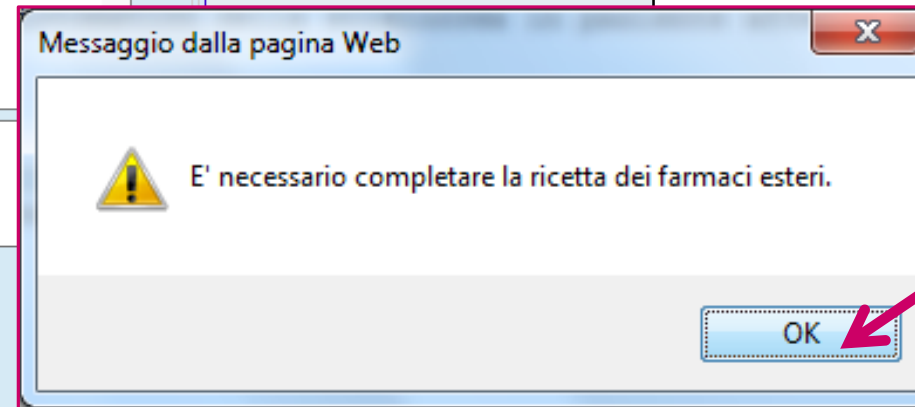
- Medicinale non autorizzato sottoposto a sperimentaz. clinica inserito nell'elenco della legge 648/96
- Medicinale regolarmente registrato in Italia ma temporaneamente carente sul territorio nazionale
- Medicinale emo o plasma derivato non registrato in Italia
- Medicinale temporaneamente carente con un'autorizzazione specifica AIFA
- Medicinale non registrato in Italia
- Medicinale stupefacente non registrato in Italia

Informazioni Medico prescrittore (Mostra/Nascondi)

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza Scegli una farmacia

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza Scegli una farmacia

Farmaco estero
Modulo d'importazione
in linea



Come si prescrive: il caso SLA

Pagina riassuntiva del piano terapeutico

Al paziente sono prescritti i seguenti trattamenti

RILUZOLO ZENT*56CPR RIV 50MG	50mg/die	Farmaco in fascia A del Prontuario della distribuzione diretta erogabile gratuitamente
CARBAMAZEPINA EG*50CPR 200MG	1/2 cp x 2	Farmaco erogabile gratuitamente ai sensi della Legge 648/96
NEXIUM*14CPR GASTR 20MG	1 cp ore 8	Farmaco in esenzione secondo Nota AIFA
FLUIMUCIL*30CPR EFF 600MG	1 cp die	Farmaco in fascia C erogabile a pagamento del paziente , salvo diverse specifiche disposizioni regionali
NICETILE*500MG GRAT 20 BUST	2 bust x 3	Tattamento con richiesta di autorizzazione all'erogazione in esenzione.
SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm	1 cerotto/72 h	Tattamento con richiesta di autorizzazione all'erogazione in esenzione.
ATROPINA SOLFATO-	10 gtt/die	Galenico magistrale a distribuzione ospedaliera.

Dati del Piano Terapeutico Personalizzato

Medico prescrivente:

Data formulazione PTP:

Durata della prescrizione (mesi):

Note:

Riepilogo prescrizioni
Periodo di validità
Note per il MMG o
Pediatra Libera scelta



Regione Puglia

Centro per le malattie rare neuromuscolari
Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) - Ente Ecclesiastico
"Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)
Neurologia

Piano Terapeutico Personalizzato (PTP) n. 80820 (valido dal 21/09/2018 al 21/09/2019)

Per il Medico

del signor ROSSI GIANFRANCO
C.F. T.S.
con esenzione per malattia rara RF0100 (ex DM 279/01)

Trattamento/i da ritirare presso le farmacie aperte al pubblico in esenzione dalla partecipazione al costo con ricetta del medico curante:

NEXIUM*14CPR GASTR 20MG	1 cp ore 8	Farmaco in esenzione secondo Nota AIFA
-------------------------	------------	--

Trattamento/i da acquistare presso le farmacie aperte al pubblico a carico dell'assistito, salvo diverse specifiche disposizioni regionali:

FLUIMUCIL*30CPR EFF 600MG	1 cp die	Farmaco in fascia C erogabile a pagamento del paziente, salvo diverse specifiche disposizioni regionali
---------------------------	----------	---

Trattamento/i da ritirare presso Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)) :

RILUZOLO ZENT*56CPR RIV 50MG	50mg/die	Farmaco in fascia A del Prontuario della distribuzione diretta erogabile gratuitamente
CARBAMAZEPINA EG*50CPR 200MG	1/2 cp x 2	Farmaco erogabile gratuitamente ai sensi della Legge 648/96
ATROPINA SOLFATO	10 gtt/die	Galenico magistrale a distribuzione ospedaliera.

Trattamento/i in attesa di autorizzazione all'erogazione in esenzione dalla partecipazione al costo da parte dell'Azienda di residenza:

NICETILE*500MG GRAT 20 BUST	2 bust x 3	Farmacia Ospedaliera-Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)(Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce))
SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm	1 cerotto/72 h	Farmacia Ospedaliera-Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)(Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce))

Note:

Per il MMG Si richiede il monitoraggio a 6 mesi dei seguenti parametri...



Regione Puglia

Centro per le malattie rare neuromuscolari
Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) - Ente Ecclesiastico
"Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)
Neurologia

Piano Terapeutico Personalizzato (PTP) n. 80820 (valido dal 21/09/2018 al 21/09/2019)

Per il Paziente

del signor ROSSI GIANFRANCO
C.F. T.S.
con esenzione per malattia rara RF0100 (ex DM 279/01)

Trattamento/i da ritirare presso le farmacie aperte al pubblico in esenzione dalla partecipazione al costo con ricetta del medico curante:

NEXIUM*14CPR GASTR 20MG	1 cp ore 8	Farmaco in esenzione secondo Nota AIFA
-------------------------	------------	--

Trattamento/i da acquistare presso le farmacie aperte al pubblico a carico dell'assistito, salvo diverse specifiche disposizioni regionali:

FLUIMUCIL*30CPR EFF 600MG	1 cp die	Farmaco in fascia C erogabile a pagamento del paziente, salvo diverse specifiche disposizioni regionali
---------------------------	----------	---

Trattamento/i da ritirare presso Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)) :

RILUZOLO ZENT*56CPR RIV 50MG	50mg/die	Farmaco in fascia A del Prontuario della distribuzione diretta erogabile gratuitamente
CARBAMAZEPINA EG*50CPR 200MG	1/2 cp x 2	Farmaco erogabile gratuitamente ai sensi della Legge 648/96
ATROPINA SOLFATO	10 gtt/die	Galenico magistrale a distribuzione ospedaliera.

Trattamento/i in attesa di autorizzazione all'erogazione in esenzione dalla partecipazione al costo da parte dell'Azienda di residenza:

NICETILE*500MG GRAT 20 BUST	2 bust x 3	Farmacia Ospedaliera-Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)(Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce))
SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm	1 cerotto/72 h	Farmacia Ospedaliera-Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)(Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce))

Stampe PTP

Duplica copia



Regione Puglia

Centro per le malattie rare neuromuscolari

Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce) - Ente Ecclesiastico

"Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)

Neurologia

OGGETTO: Richiesta di importazione di farmaco non registrato in Italia come da Decreto 11 Febbraio 1997.

rivolta a Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)

Tel/Fax: /

Il sottoscritto Dr. mr_neuro_tri

Residente in: Tricase - Via: C. Colombo, 12

Telefono: . - Email: .

Iscritto nell'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi di: . al n.:

Codice Regionale: .

operante presso: Neurologia

considerato che il medicinale SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm risulta un

Medicinale non registrato in Italia

CHIEDE DI POTER IMPORTARE IL SEGUENTE FARMACO

Principio Attivo: SCOPOLAMINA

Nome Commerciale: SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm*

Forma Farmaceutica: CEROTTI

Via Di Somministrazione: Transdermica

Dosaggio Specialità: 1 mg/72 h

Confezione da:

Posologia prescritta: 1 cerotto/72 h

* Trattamento/i con richiesta di autorizzazione all'erogazione in esenzione dalla partecipazione al costo da parte dell'Azienda di residenza.

Tale farmaco prescritto nel PTP n. 80820 (valido dal 21/09/2018 al 21/09/2019) è indispensabile ed insostituibile per il trattamento del paziente:

Iniziali Nome e Cognome: G.R.

Data di nascita: 02/09/1968

Affetto da: SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

IL MEDICO RICHIEDENTE DICHIARA ALTRESI' CHE:

- Non è sostituibile con altri medicinali registrati in Italia e non sono disponibili al momento alternative terapeutiche.
- Non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope, non è sangue umano e/o i suoi derivati.
- Verrà utilizzato esclusivamente per le indicazioni approvate nel paese di provenienza e in accordo con il relativo riassunto delle caratteristiche del prodotto.
- Sarà impiegato sotto la mia diretta responsabilità, dopo aver ottenuto ai sensi della normativa vigente, il consenso informato del paziente o, in caso di minore o incapace, di chi ne esercita la tutela e curatela.
- Le generalità del paziente ed i documenti relativi al consenso informato sono in possesso dello scrivente medico curante.
- Il quantitativo richiesto corrisponde ad un trattamento terapeutico non superiore a 90 giorni.

Modulo richiesta d'importazione

Novità nel modulo certificato

**Il neurologo può
aprire la cartella
clinica alle altre UO
del Centro:
«condivisione
paziente»**

Malattia					
Nome malattia:	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA ? Vedi scheda sul sito				
Branch:	Malattie neurologiche rare				
Codice ORPHA:	803	Codice OMIM:	614808,615426,615515,616208,t		
Codice ICD10:	G12.2	Codice ICD9CM:	335.20		
Usa Dietetici:	<input type="checkbox"/> Dieta non attiva: cliccare qui per attivarla	Usa farmaco orfano:	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No	Nome farmaco:	
Esenzione					
Codice Esenz.:	RF0100	Malattia di riferim.:	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA		
Dati Esordio Malattia					
Primo centro che ha effettuato la diagnosi:		Data diagnosi:		Data esordio malattia (mm/aaaa):	
Fonte dati esordio:	<input type="checkbox"/> Riferiti da paziente	<input type="checkbox"/> Da documentazione			
Dati Utente Certificatore					
Medico certificatore:	Dr. mr_neuro_tri	Centro che certifica:	Neurologia		
Presidio che certifica:	Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)	Azienda che certifica:	Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)		
Data certificato:	21/09/2018				
Piani Terapeutici Personalizzati					
		Gestione piani terapeutici pers.			
Stampa Certificato	[Condividi Paziente]	[Inserisci segnalazione errore]			

Condivisione cartella clinica tra UO diverse del Centro

Condizione del Paziente Utente connesso: mr_neuro_tri

ROSSI GIANFRANCO

Data di nascita: 02/09/1968
Luogo di nascita: TRICASE (LE)
Codice sanitario:
Codice fiscale:

Malattia: SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA
Data certificato: 21/09/2018
UO certificatore: Neurologia - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)
Medico certificato: Dr. mr_neuro_tri

Seleziona una o più UO dal "Centro per le malattie rare neuromuscolari" con le quali condividere il paziente:

- Neurologia - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)
- Neurologia 'Amaducci' - A.O.U. Consorziale di Bari "Policlinico - Giovanni XXIII"
- Fisiatria - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)
- Pneumologia - A.O.U. Consorziale di Bari "Policlinico - Giovanni XXIII"
- Pneumologia - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)

Salva Condivisioni

Il neurologo seleziona le UO del Centro di Riferimento per la «condivisione» del paziente

Messaggio dalla pagina Web

 Vuoi condividere il paziente con le UO scelte?

OK Annulla

IL FISIATRA
DELL'UO SELEZIONATA DAL
NEUROLOGO PER LA
«CONDIVISIONE»
ACCEDE AL SISTEMA INFORMATIVO
PER **«INTEGRARE»**
IL PIANO ASSISTENZIALE DEL
PAZIENTE

Il Fisiatra del Centro

Autenticazione dell'utente

Nuova ricerca dei pazienti condivisi

Registro Malattie Rare

Malattie Rare

Certificato
Progresso

Scadenario Piani

Pazienti Condivisi

Nuovo Certificato

Cerca Pazienti

Cerca Paziente
con PIN

Segnalazione
Malattie non
comprese

Elenco Malattie
non comprese

Gestione
Somministrazione
Orfani

Esporta Esenzioni
Registro

Cambio Password

Manuale



Nuova ricerca dei pazienti condivisi

Certificato
Pregresso

Scadenario Piani

Pazienti Condivisi

Nuovo Certificato

Cerca Pazienti

Cerca Paziente
con PIN

Segnalazione
Malattie non
comprese

Elenco Malattie
non comprese

Gestione
Somministrazione
Orfani

Esporta Esenzioni
Registro

Cambio Password

Manuale

Pazienti Condivisi

Utente: Dr. mr_fisio_tri

Utente connesso: mr_fisio_tri

Pazienti condivisi con questa struttura

Mostra 3 righe per pagina

Ricerca

Paziente	Data di nascita	Codice Fiscale	Malattia	Data Condivisione	Struttura Richiedente
<u>GIANFRANCO ROSSI</u>	02/09/1968	-	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA - (RF0100)	21/09/2018	Neurologia - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)
<u>MARIO BIANCHI</u>	10/10/1990	STP0000000000000	NEUROPATIA MOTORIA E SENSORIALE EREDITARIA CON COINVOLGIMENTO CARDIACO - (RFG060)	21/09/2018	Neurologia 'Amaducci' - A.O. POL. CONSORZIALE

Pagina 1 di 1

Previous

1

Next

Pazienti condivisi da questa struttura

Mostra 3 righe per pagina

Ricerca

Paziente	Data di nascita	Codice Fiscale	Malattia	Data Condivisione	Struttura Richiesta
Nessuna riga trovata					

Nessuna riga trovata

Previous

Next

Il frontespizio della cartella clinica condivisa

1. Per la SLA: possibilità di attivare il percorso per la prescrizione gratuita nel Piano terapeutico degli addensanti (LEA)

2. Accesso alla «Gestione piani terapeutici personalizzati»

Domicilio diverso dalla residenza: Sì No

Indirizzo: Cap:

Comune di domicilio: ? Prov:

Regione di domicilio: Azienda ASL di domicilio:

Stato estero di domicilio: ?

Assistenza fornita da: Azienda ASL di domicilio Azienda ASL di residenza

Malattia

Nome malattia: ? [Vedi scheda sul sito](#)

Branch:

Codice ORPHA: Codice OMIM:

Codice ICD10: Codice ICD9CM:

Usa Dietetici: Dieta non attiva: [cliccare qui per attivarla](#)

Usa farmaco orfano: Sì No Nome farmaco:

Esenzione

Codice Esenz.: Malattia di riferim.:

Dati Esordio Malattia

Primo centro che ha effettuato la diagnosi:

Data diagnosi: Data esordio malattia (mm/aaaa):

Fonte dati esordio: Riferiti da paziente Da documentazione

Dati Utente Certificatore

Medico certificatore:

Centro che certifica:

Presidio che certifica:

Azienda che certifica:

Data certificato:

Piani Terapeutici Personalizzati

[Gestione piani terapeutici pers.](#)

[Condividi Paziente] [\[Inserisci segnalazione errore\]](#)

Il Piano terapeutico e la funzione integra

Certificato Progresso

Scadenario Piani

Pazienti Condivisi

Nuovo Certificato

Cerca Pazienti

Cerca Paziente con PIN

Segnalazione Malattie non comprese

Elenco Malattie non comprese

Gestione Somministrazione Orfani

Esporta Esenzioni Registro

Cambio Password

Manuale

Piani Terapeutici dell'Assistito

Utente connesso: mr_fisio_tri

Paziente: ROSSI GIANFRANCO 02/09/1968

Elenco piani terapeutici

PTP	Rilasciato da	in data	valido fino al	interrotto il
80820 - attivo	Dr. mr_neuro_tri	21/09/2018	21/09/2019	

Paziente [Nuovo piano](#)

Il fisiatra:

1. recupera la cartella clinica del paziente condiviso con il neurologo e lo pneumologo
2. entra nella gestione dei piani terapeutici
3. integra il piano già esistente redatto dal neurologo

La funzione integra

1. Farmaci e parafarmaci							
Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Nota-AIFA	Off-Label	Non-Sost	Scheda	
RILUZOLO	RILUZOLO ZENT*56CPR RIV 50MG	50mg/die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA EG*50CPR 200MG 1/2 cp x 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ESOMEPRAZOLO MAGNESIO TRIIDRATO NEXIUM*14CPR GASTR 20MG		1 cp ore 8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ACETILCISTEINA	FLUIMUCIL*30CPR EFF 600MG	1 cp die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Farmacia che procura: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))							
Farmacia che eroga: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))							
2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizzare in regime di esenzione dal costo, secondo le specifiche disposizioni regionali							
Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost	Galen.	Relaz.	Scheda
LEVOACETILCARNITINA CLORIDRATO	NICETILE*500MG GRAT 20 BUST	2 bust x 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra	
SCOPOLAMINA	SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm	1 cerotto/72 h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra	Mostra
Farmacia che procura: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))							
Farmacia che eroga: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))							
3. Preparati galenici							
Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost	Scheda		
ATROPINA SOLFATO		10 gtt/die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra		
Farmacia che procura: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))							
Farmacia che eroga: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))							
4. Trattamenti dietetici prescrivibili in regime di esenzione dal costo.							
5. Note del prescrivente							
Per il MMG Si richiede il monitoraggio a 6 mesi dei seguenti parametri...							
Integra il piano PTP nr.80820							
Elenco PTP	Rinnova/Modifica	Interrompi	Nuovo piano	Stampa			

Il fisiatra:

1. vede il piano terapeutico formulato dal neurologo
2. integra il piano mediante l'apposita funzione

Si fa presente che nel piano sono presenti anche le seguenti prescrizioni

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia
RILUZOLO	RILUZOLO ZENT*56CPR RIV 50MG	50mg/die
CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA EG*50CPR 200MG	1/2 cp x 2
ESOMEPRAZOLO MAGNESIO TRIIDRATO	NEXIUM*14CPR GASTR 20MG	1 cp ore 8
ACETILCISTEINA	FLUIMUCIL*30CPR EFF 600MG	1 cp die
Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia
LEVOACETILCARNITINA CLORIDRATO	NICETILE*500MG GRAT 20 BUST	2 bust x 3
SCOPOLAMINA	SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm	1 cerotto/72 h
Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia
ATROPINA SOLFATO		10 gtt/die

Inserimento / Modifica Prescrizione

1. Farmaci e parafarmaci

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Nota-AIFA	Off-Label	Non-Sost
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aggiungi farmaco

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizzare in regime di esenzione dal costo, secondo le specifiche disposizioni regionali

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost	Galen.	Relaz.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra

Aggiungi trattamento in esenzione

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

3. Preparati galenici

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Altro P. attivo:

Aggiungi galenico

La funzione integra

L'integrazione avviene nel contesto del piano terapeutico esistente, secondo la struttura consueta del piano a più livelli

La funzione integra

Principio Attivo LEVOACETILCARNITINA CLORIDRATO SCOPOLAMINA	Nome Commerciale NICETILE*500MG GRAT 20 BUST SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm	Posologia 2 bust x 3 1 cerotto/72 h
Principio Attivo ATROPINA SOLFATO	Nome Commerciale	

Inserimento / Modifica Prescrizione

1. Farmaci e parafarmaci

Principio Attivo Nome Commerciale Posologia

? ?

Aggiungi farmaco

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizzare in costo, secondo le specifiche disposizioni regionali

Principio Attivo Nome Commerciale Posologia Off-Label

? ?

Aggiungi trattamento in esenzione

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

3. Preparati galenici

Principio Attivo Nome Commerciale Posologia

? ?

Altro P. attivo:

Aggiungi galenico

4. Trattamenti dietetici prescrivibili in regime di esenzione dal costo.

Miscela special

Gruppo Nome commerciale Posologia

Aggiungi dietetico

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

Lookup Table -- Finestra di dialogo pagina Web

https://mr.regione.veneto.it/jsp/SWGeneralizzato/lookup.jsp?dato=_dieteticiRiferimen Errore certificato

	PRODOTTO	RIFERIMENTO	CONFEZIONE	DITTA
<input checked="" type="checkbox"/>	RESOURCE ACQUA+NO ZUCCH ARANC	addensanti in grave disfagia	500 G	NESTLE' IT.SpA (HEALTHCARE NU.)
<input checked="" type="checkbox"/>	RESOURCE ACQUA+NO ZUCCH GRANAT	addensanti in grave disfagia	500 G	NESTLE' IT.SpA (HEALTHCARE NU.)
<input checked="" type="checkbox"/>	RESOURCE ACQUA+NO ZUCCH POMPEL	addensanti in grave disfagia	500 G	NESTLE' IT.SpA (HEALTHCARE NU.)
<input checked="" type="checkbox"/>	RESOURCE ACQUA+ZUCCH LIMONE	addensanti in grave disfagia	500 G	NESTLE' IT.SpA (HEALTHCARE NU.)
<input checked="" type="checkbox"/>	RESOURCE ACQUA+ZUCCH MELA/PERA	addensanti in grave disfagia	500 G	NESTLE' IT.SpA (HEALTHCARE NU.)
<input checked="" type="checkbox"/>	RESOURCE ACQUA+ZUCCH MENTA	addensanti in grave disfagia	500 G	NESTLE' IT.SpA (HEALTHCARE NU.)
<input checked="" type="checkbox"/>	RESOURCE ACQUA+ZUCCH PESCA	addensanti in grave disfagia	500 G	NESTLE' IT.SpA (HEALTHCARE NU.)
<input checked="" type="checkbox"/>	RESOURCE AQUA + 3N1 LIMONE 4P	addensanti in grave disfagia	500 G	NESTLE' IT.SpA (HEALTHCARE NU.)
<input checked="" type="checkbox"/>	RESOURCE AQUA + 3N1 PESCA 4PZ	addensanti in grave disfagia	500 G	NESTLE' IT.SpA (HEALTHCARE NU.)
<input checked="" type="checkbox"/>	RESOURCE BEVANDA ADDEN ARANCIA	addensanti in grave disfagia	200 ML	NESTLE' IT.SPA (HEALTHCARE NU.)
<input checked="" type="checkbox"/>	RESOURCE THICKENUP CLEAR 125G	addensanti in grave disfagia	125 G	NESTLE' IT.SpA (HEALTHCARE NU.)
<input checked="" type="checkbox"/>	RESOURCE THICKENUP NEUTRO 227G	addensanti in grave disfagia	227 G	NESTLE' IT.SpA (HEALTHCARE NU.)

**Prescrizione
dell'addensante in
apposita nuova sezione
del piano**



Regione Puglia

Centro per le malattie rare neuromuscolari
Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce) - Ente Ecclesiastico
"Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)
Fisiatria

Integrazione n. 1 del Piano Terapeutico Personalizzato (PTP) n. 80820

(valido dal 21/09/2018 al 21/09/2019)

del signor ROSSI GIANFRANCO

C.F. T.S.

con esenzione per malattia rara RF0100 (ex DM 279/01)

Per il Medico

Alimenti speciali ad integrazione della dieta da ritirare presso Farmacia Ospedaliera-Ente Ecclesiastico
"Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)(Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)) erogabili in
esenzione dalla partecipazione al costo:

RESOURCE THICKENUP NEUTRO 227G addensanti in grave disfagia 1 cucch. a.b.

Nel Piano Terapeutico Personalizzato sono stati prescritti anche i seguenti trattamenti:

NEXIUM*14CPR GASTR 20MG - 1 cp ore 8
- FLUIMUCIL*30CPR EFF 600MG - 1 cp die
- RILUZOLO ZENT*50CPR RIV 50MG - 50mg/die
- CARBAMAZEPINA EG*50CPR 200MG - 1/2 cp x 2
- ATROPINA SOLFATO - 10 gtt/die
- NICETILE*500MG GRAT 20 BUST - 2 bust x 3
- SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm - 1 cerotto/72 h



Regione Puglia

Centro per le malattie rare neuromuscolari
Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce) - Ente Ecclesiastico
"Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)
Fisiatria

Integrazione n. 1 del Piano Terapeutico Personalizzato (PTP) n. 80820

(valido dal 21/09/2018 al 21/09/2019)

del signor ROSSI GIANFRANCO

C.F. T.S.

con esenzione per malattia rara RF0100 (ex DM 279/01)

Per il Paziente

Alimenti speciali ad integrazione della dieta da ritirare presso Farmacia Ospedaliera-Ente Ecclesiastico
"Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)(Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)) erogabili in
esenzione dalla partecipazione al costo:

RESOURCE THICKENUP NEUTRO 227G addensanti in grave disfagia 1 cucch. a.b.

Nel Piano Terapeutico Personalizzato sono stati prescritti anche i seguenti trattamenti:

- NEXIUM*14CPR GASTR 20MG - 1 cp ore 8
- FLUIMUCIL*30CPR EFF 600MG - 1 cp die
- RILUZOLO ZENT*50CPR RIV 50MG - 50mg/die
- CARBAMAZEPINA EG*50CPR 200MG - 1/2 cp x 2
- ATROPINA SOLFATO - 10 gtt/die
- NICETILE*500MG GRAT 20 BUST - 2 bust x 3
- SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm - 1 cerotto/72 h

Stampe Integrazione

Duplica copia

NEL CASO IN CUI IL **NEUROLOGO**
MODIFICHI/RINNOVI IL PIANO TERAPEUTICO
PRINCIPALE CHE CONTIENE L'INTEGRAZIONE DEL
FISIATRA:

1. L'INTEGRAZIONE DEL **FISIATRA** VIENE SOSPESA

2. IL **FISIATRA** PUO' RECUPERARE
L'INTEGRAZIONE COSI' SOSPESA USANDO LA
RICERCA «**SCADENZIARIO PIANI**»

3. IL **FISIATRA** PUO' DECIDERE SE *CONFERMARE*
oppure *MODIFICARE* oppure *INTERROMPERE* LA SUA
INTEGRAZIONE ALL'INTERNO DEL PIANO
PRINCIPALE MODIFICATO

Ricapitolando:

1. Il neurologo modifica/rinnova il piano terapeutico principale che contiene l'integrazione del fisiatra

Certificato Progresso

Scadenario Piani

Pazienti Condivisi

Nuovo Certificato

Cerca Pazienti

Cerca Paziente con PIN

Segnalazione Malattie non comprese

Elenco Malattie non comprese

Gestione Somministrazione Orfani

Esporta Esenzioni Registro

Cambio Password

Manuale

Piani Terapeutici dell'Assistito

Utente connesso: mr_neuro_tri

Paziente: ROSSI GIANFRANCO 02/09/1968

Elenco piani terapeutici

PTP	Rilasciato da	in data	valido fino al	interrotto il
80820 - attivo	Mostra Integrazioni Dr. mr_neuro_tri	21/09/2018	21/09/2019	

Paziente Nuovo piano

Il neurologo ricerca il piano terapeutico da modificare/rinnovare (integrato dal fisiatra)

Ricapitolando:

1. Il neurologo modifica/rinnova il piano terapeutico principale che contiene l'integrazione del fisiatra

Certificato Pgresso

Scadenario Piani

Pazienti Condivisi

Nuovo Certificato

Cerca Pazienti

Cerca Paziente con PIN

Segnalazione Malattie non comprese

Elenco Malattie non comprese

Gestione Somministrazione Orfani

Esporta Esenzioni Registro

Cambio Password

Manuale

2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizzare in regime di esenzione dal costo, secondo le specifiche disposizioni regionali

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost	Galen.	Relaz.	Scheda
LEVOACETILCARNITINA CLORIDRATO	NICETILE*500MG GRAT 20 BUST	2 bust x 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra	
SCOPOLAMINA	SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm	1 cerotto/72 h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra	Mostra

Farmacia che procura: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))
Farmacia che eroga: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))

3. Preparati galenici

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost	Scheda
ATROPINA SOLFATO		10 gtt/die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra

Farmacia che procura: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))
Farmacia che eroga: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))

4. Trattamenti dietetici prescrivibili in regime di esenzione dal costo.

5. Note del prescrivente

Per il MMG Si richiede il monitoraggio a 6 mesi dei seguenti parametri...

Integrazione nr.1 valida dal: 21/09/2018 al: 21/09/2019 che integra il piano nr.80820

Da parte di: Dr. mr_fisio_tri Tel/Fax: /
del Centro: Fisioterapia - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce) ULSS: Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)

1. Trattamenti dietetici prescrivibili in regime di esenzione dal costo.

Miscele speciali

Gruppo	Nome commerciale	Posologia
addensanti in grave disfagia	RESOURCE THICKENUP NEUTRO 227G	1 cucch. a.b.

Farmacia che procura: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))
Farmacia che eroga: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))

Rinnova/Modifica Interrompi Stampa integrazione

[Integra il piano PTP nr.80820](#)

Elenco PTP **Rinnova/Modifica** Interrompi Nuovo piano Stampa

Ricapitolando:

1. Il neurologo modifica/rinnova il piano terapeutico principale che contiene l'integrazione del fisiatra (sezione visibile in alto colorata di arancione)

Si fa presente che nel piano sono presenti anche le seguenti prescrizioni

Gruppo	Nome commerciale	Posologia
addensanti in grave disfagia	RESOURCE THICKENUP NEUTRO 227G	1 cucch. a.b.

Inserimento / Modifica Prescrizione

1. Farmaci e parafarmaci

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Nota-AIFA	Off-Label	Non-Sost
RILUZOLO	RILUZOLO ZENT*56CPR RIV	50mg/die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA EG*50CPR	1/2 cp x 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESOMEPRAZOLO MAGNESIO	NEXIUM*14CPR GASTR 20M	1 cp ore 8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACETILCISTEINA	FLUIMUCIL*30CPR EFF 600M	1 cp die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aggiungi farmaco

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza Scegli una farmacia

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza Scegli una farmacia

2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizzare in regime di esenzione dal costo, secondo le specifiche disposizioni regionali

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost	Galen.	Relaz.
LEVOACETILCARNITINA	NICETILE*500MG GRAT	2 bust x 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra
SCOPOLAMINA	SCOPODERM TTS 1 mg,	1 cerotto/72 h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra

Aggiungi trattamento in esenzione

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza Scegli una farmacia

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza Scegli una farmacia

3. Preparati galenici

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altro P. attivo:

Aggiungi galenico

PTP nr.80825 valido dal: 21/09/2018 al: 21/09/2019

Da parte di: Dr. mr_neuro_tri
C.F.:
del Centro: Neurologia - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)
Tel/Fax/Email: //
ULSS: Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)

A favore di: GIANFRANCO ROSSI
data di nascita: 02/09/1968
luogo di nascita: TRICASE (LE)
residenza: VIA J. KENNEDY, 34 - TRICASE (LE)
affetto da: SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

1. Farmaci e parafarmaci

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Nota-AIFA	Off-Label	Non-Sost	Scheda
RILUZOLO	RILUZOLO ZENT*56CPR RIV 50MG	50mg/die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA EG*50CPR 200MG 1/2 cp x 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ESOMEPRAZOLO MAGNESIO TRIIDRATO NEXIUM*14CPR GASTR 20MG		1 cp ore 8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ACETILCISTEINA	FLUIMUCIL*30CPR EFF 600MG	1 cp die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Farmacia che procura: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))

Farmacia che eroga: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))

2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizzare in regime di esenzione dal costo, secondo le specifiche disposizioni regionali

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost	Galen.	Relaz.	Scheda
LEVOACETILCARNITINA CLORIDRATO	NICETILE*500MG GRAT 20 BUST	2 bust x 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra	
SCOPOLAMINA	SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm	1 cerotto/72 h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra	Mostra

Farmacia che procura: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))

Farmacia che eroga: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))

3. Trattamenti dietetici prescrivibili in regime di esenzione dal costo.

4. Note del prescrivente

Per il MMG Si richiede il monitoraggio a 6 mesi dei seguenti parametri...

ATTENZIONE - Integrazione in attesa di rinnovo da parte di: Dr. mr_fisio_tri

Integrazione nr.1 valida dal: al: **che integra il piano nr.80825** in attesa di conferma

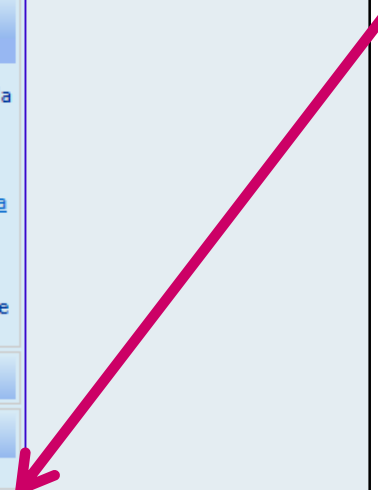
Da parte di: Dr. mr_fisio_tri
del Centro: Fisiatria - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)
Tel/Fax: /
ULSS: Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)

1. Trattamenti dietetici prescrivibili in regime di esenzione dal costo.

Miscela speciali

Ricapitolando:

1. Nel Piano terapeutico modificato dal neurologo l'integrazione del fisiatra risulta «sospesa», in attesa di rinnovo da parte dello stesso



Ricapitolando:

2. Il fisiatra può recuperare l'integrazione sospesa del piano modificato dal neurologo usando la nuova ricerca «Scadenziario Piani»

Certificato Progresso

Scadenziario Piani

Pazienti Condivisi

Nuovo Certificato

Cerca Pazienti

Cerca Paziente con PIN

Segnalazione Malattie non comprese

Elenco Malattie non comprese

Gestione Somministrazione Orfani

Esporta Esenzioni Registro

Cambio Password

Manuale

Utente connesso: mr_fisio_tri

Utente: Dr. mr_fisio_tri

Integrazioni in stato sospeso

Mostra 3 righe per pagina Ricerca

Paziente	Data di nascita	PTP	Malattia	Medico Richiedente	Data Condivisione
GIANFRANCO ROSSI	02/09/1968	80825-Int.1	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA	Dr. mr_fisio_tri	21/09/2018

Pagina 1 di 1 Previous 1 Next

Piani in scadenza nei prossimi 7 gg

Mostra 6 righe per pagina Ricerca

Paziente	Data di nascita	PTP	Malattia	Medico	Scadenza
Nessuna riga trovata					

Nessuna riga trovata Previous Next

Piani in scadenza nei prossimi 30 gg

Mostra 6 righe per pagina Ricerca

Paziente	Data di nascita	PTP	Malattia	Medico	Scadenza
Nessuna riga trovata					

Nessuna riga trovata Previous Next

Ricapitolando:

3. Il fisiatra può decidere se **CONFERMARE** oppure **MODIFICARE** oppure **INTERROMPERE** la sua integrazione all'interno del piano principale modificato

			Altra	Label	Sost
RILUZOLO	RILUZOLO ZENT*56CPR RIV 50MG	50mg/die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA EG*50CPR 200MG 1/2 cp x 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESOMEPRAZOLO MAGNESIO TRIIDRATO NEXIUM*14CPR GASTR 20MG		1 cp ore 8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACETILCISTEINA	FLUIMUCIL*30CPR EFF 600MG	1 cp die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Farmacia che procura: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))

Farmacia che eroga: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))

2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizzare in regime di esenzione dal costo, secondo le specifiche disposizioni regionali

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost	Galen.	Relaz.	Scheda
LEVOACETILCARNITINA CLORIDRATO	NICETILE*500MG GRAT 20 BUST	2 bust x 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra	
SCOPOLAMINA	SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm	1 cerotto/72 h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra	Mostra

Farmacia che procura: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))

Farmacia che eroga: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))

3. Trattamenti dietetici prescrivibili in regime di esenzione dal costo.

4. Note del prescrivente

Per il MMG Si richiede il monitoraggio a 6 mesi dei seguenti parametri...

ATTENZIONE - Integrazione in attesa di rinnovo da parte di: Dr. mr_fisio_tri

Integrazione nr.1 valida dal: al: **che integra il piano nr.80825** in attesa di conferma

Da parte di: Dr. mr_fisio_tri Tel/Fax: /
del Centro: Fisiatria - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce) ULSS: Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)

1. Trattamenti dietetici prescrivibili in regime di esenzione dal costo.

Miscele speciali

Gruppo	Nome commerciale	Posologia
addensanti in grave disfagia	RESOURCE THICKENUP NEUTRO 227G	1 cucch. a.b.
Farmacia che procura: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))		
Farmacia che eroga: Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce) (Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))		

Rinnova/Modifica piano sospeso

Rimuovi piano sospeso

[Integra il piano PTP nr.80825](#)

Elenco PTP

Nuovo piano

**RICERCA PAZIENTE CON PIN
PER RICERCARE UN PAZIENTE
SEGUITO PRESSO UN ALTRO
CENTRO DI RIFERIMENTO**

Ricerca paziente con PIN

Malattie Rare

Certificato
Progresso

Scadenario Piani

Pazienti Condivisi

Nuovo Certificato

Cerca Pazienti

Cerca Paziente
con PIN

Segnalazione
Malattie non
comprese

Elenco Malattie
non comprese

Gestione
Somministrazione
Orfani

Esporta Esenzioni
Registro

Cambio Password

Manuale

Ricerca paziente mediante PIN

Utente connesso: **mr_fisio_tri**

Digita la tua ricerca

Cognome:

Nome:

PIN:



IDURSOLFASI - ELAPRASE*IV 1FL 3ML 2MG/ML

Posologia: 0,5 mg/Kg 1 volta/settimana

Data Prima Somministrazione: 27/01/2017

Peso	<input type="text" value="39"/>	Kg.
Altezza (nei pazienti pediatrici)	<input type="text" value="134"/>	cm.
Livelli urinari di GAG	<input type="text"/>	mcg GAG/mg creatinina
Anticorpi antiidursulfasi IgG	<input type="text"/>	titolo
Anticorpi antiidursulfasi IgM	<input type="text"/>	titolo
Anticorpi antiidursulfasi IgA	<input type="text"/>	titolo
Diametro epatico longitudinale del lobo dx	<input type="text"/>	mm
Diametro splenico interpolare	<input type="text"/>	mm
Insufficienza epatica	<input type="text" value="no"/>	SI/NO
Clearance creatinina	<input type="text"/>	mL/min
Velocità di Filtrazione Glomerulare (VFG)	<input type="text"/>	mL/min
Pneumopatia	<input type="text"/>	SI/NO
6-Minute Walk Test	<input type="text"/>	metri
FVC	<input type="text" value="70"/>	%
FEV1	<input type="text" value="78"/>	%

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza ▼

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza ▼

Centro che Somministra/Monitora :

Questo Centro

Distretto

Somministrazione a Domicilio - Motivazione

Osp. di Residenza

Note orfani:

Da parte di:	Ped Pd	A favore di:	ISXXXXXX PIXXXXXX
C.F.:		data di nascita:	24/10/2004
del Centro:	Dipartimento strutt. salute donna e bambino - Azienda Ospedaliera di Padova	luogo di nascita:	SOAVE (VR)
Tel/Fax/Email:	//	residenza:	VIA U. FOSCOLO 15 - PADOVA (PD)
ULSS:	A.O. PADOVA	affetto da:	MUCOPOLISACCARIDOSI TIPO II

1. Farmaci e parafarmaci

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Nota-AIFA	Off-Label	Non-Sost	Scheda
IDURSULFASI	ELAPRASE*IV 1FL 3ML 2MG/ML	0,5 mg/Kg 1 volta/settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra

ELAPRASE*IV 1FL 3ML 2MG/ML

Scheda Orfano

Peso: 39 Kg.
Altezza (nei pazienti pediatrici): 134 cm.
Livelli urinari di GAG:
Anticorpi antiidursulfasi IgG:
Anticorpi antiidursulfasi IgM:
Anticorpi antiidursulfasi IgA:
Diametro epatico longitudinale del lobo dx:
Diametro splenico interpolare:
Insufficienza epatica: no SI/NO
Clearance creatinina:
Velocità di Filtrazione Glomerulare (VFG):
Pneumopatia:
6-Minute Walk Test:
FVC: 70 %
FEV1: 78 %
Dt. prevista prima somministrazione: 27/01/2017
Centro Somministratore: Distretto - ULSS PADOVA

Richiesta Somministrazione Domiciliare: Si**Motivazione richiesta:**

Si richiede la somministrazione a domicilio in paziente che tollera bene le infusioni....

Il clinico dichiara che:-IL PAZIENTE TOLLERA BENE LE INFUSIONI, DOPO ADEGUATO PERIODO DI MONITORAGGIO
-E' STATO INFORMATO E ACQUISITO IL CONSENSO DEL PAZIENTE O DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**Nota Orfani:**

Da inviare al Centro in caso di...

Farmacia che procura: S.S. Farmacia Territoriale - Ospedale S. Antonio (PADOVA)**Farmacia che eroga:** S.S. Farmacia Territoriale - Ospedale S. Antonio (PADOVA)**Farmacia che procura:** S.S. Farmacia Territoriale - Ospedale S. Antonio (PADOVA)**Farmacia che eroga:** S.S. Farmacia Territoriale - Ospedale S. Antonio (PADOVA)

2. Note del prescrivente

Si prevede prossimo controllo entro 12 mesi...

Valutazione UVMD

Valutazione UVMD

Elenco Somministrazioni

Valutazione UVMD del piano 60327 valido dal 18/01/2017 al 18/01/2018

Da parte di:	Ped Pd	A favore di:	ISXXXXXX PIXXXXXX
C.F.:		data di nascita:	24/10/2004
del Centro:	Dipartimento strutt. salute donna e bambino - Azienda Ospedaliera di Padova	luogo di nascita:	SOAVE (VR)
Tel/Fax/Email:	//	residenza:	VIA U. FOSCOLO 15 - PADOVA (PD)
ULSS:	A.O. PADOVA	affetto da:	MUCOPOLISACCARIDOSI TIPO II

**Valutazione UVMD della richiesta di somministrazione domiciliare del medicinale
ELAPRASE*IV 1FL 3ML 2MG/ML
del piano 60327 valido dal 18/01/2017 al 18/01/2018**

Data UVMD: 18/01/2017

Partecipanti:

Esito UVMD:

Somministratori a domicilio:

Referente: . Scheda aggiornata al

Registro Malattie Rare

Malattie Rare

Scadenario Piani

Elenco Pazienti

Carica File
Deceduti

Stampa dietetici
di tutti i pazienti

Stampa dietetici
per paziente

Caricamento
certificati fuori
Area Vasta

Segnalazione
Malattie non
comprese

Elenco Malattie
non comprese

Gestione
Somministrazione
Orfani

Elaborazione SAS

Beneficiari LR
12/2007

Pazienti con
dietetici

Cambio Password

Manuale

Somministrazioni del farmaco orfano

Utente connesso: **mr_distretto_pd**

Elenco Somministrazioni del piano 60327 valido dal 18/01/2017 al 18/01/2018

Non esistono somministrazioni già caricate per questo piano terapeutico

Nuova somministrazione ELAPRASE*IV 1FL 3ML 2MG/ML

Nuova somministrazione del piano 60327 valido dal 18/01/2017 al 18/01/2018

Farmaco Orfano: ELAPRASE*IV 1FL 3ML 2MG/ML

Parametri di Efficacia:

Peso	<input type="text"/>
Altezza (nei pazienti pediatrici)	<input type="text"/>
Livelli urinari di GAG	<input type="text"/>
Anticorpi antiidursulfasi IgG	<input type="text"/>
Anticorpi antiidursulfasi IgM	<input type="text"/>
Anticorpi antiidursulfasi IgA	<input type="text"/>
Diametro epatico longitudinale del lobo dx	<input type="text"/>
Diametro splenico interpolare	<input type="text"/>
Insufficienza epatica	<input type="text"/>
Clearance creatinina	<input type="text"/>
Velocità di Filtrazione Glomerulare (VFG)	<input type="text"/>
Pneumopatia	<input type="text"/>
6-Minute Walk Test	<input type="text"/>
FVC	<input type="text"/>
FEV1	<input type="text"/>

Data Somministrazione:

Dosaggio:

Premedicazioni: Sì No Se si quali:

Eventuali effetti avversi a distanza

altro

Aritmia

Artralgia grave

Artralgia lieve

Artralgia moderata

Aumento della pressione arteriosa grave

Aumento della pressione arteriosa lieve

Aumento della pressione arteriosa moderato

Cefalea grave

Cefalea lieve

Cefalea moderata

Cianosi grave

Diarrea

Dispepsia

Dispnea grave

Dispnea lieve

Dispnea moderata

Dolore addominale grave

Dolore addominale lieve

Dolore addominale moderato

Eritema

Gastralgia grave

Gastralgia lieve

Gastralgia moderata

Ipossia

Ipotensione

Nausea grave

Nausea lieve

Nausea moderata

Tachicardia grave

Tachicardia lieve

Tachicardia moderata

Tachipnea grave

Tachipnea lieve

Tachipnea moderata

Toracalgia

Tosse grave

Tosse lieve

Tosse moderata

Tremore grave

Tremore lieve

Tremore moderato

Vertigine grave

Vertigine lieve

Vertigine moderata

Vomito grave

Vomito lieve

Vomito moderato

Eventuali effetti avversi alla somministrazione

altro

Aumento della pressione arteriosa grave

Aumento della pressione arteriosa lieve

Aumento della pressione arteriosa moderato

Broncospasmo grave

Broncospasmo lieve

Broncospasmo moderato

Cefalea grave

Cefalea lieve

Cefalea moderata

Dispnea grave

Dispnea moderata

Edema angioneurotico moderato

Nausea grave

Nausea lieve

Nausea moderata

Orticaria grave

Orticaria lieve

Orticaria moderata

Piressia grave

Piressia lieve

Piressia moderata

Prurito

Rash grave

Rash lieve

Rash moderato

Reazione di ipersensibilità di tipo allergico grave

Reazione di ipersensibilità di tipo allergico lieve

Reazione di ipersensibilità di tipo allergico moderata

Reazione nel punto di infusione grave

Reazione nel punto di infusione lieve

Reazione nel punto di infusione moderata

Tachicardia grave

Tachicardia lieve

Tachicardia moderata

Vampate gravi

Vampate lievi

Vampate moderate

Vertigine grave

**Compilazione scheda di Farmacovigilanza relativa agli effetti avversi del farmaco GH
NUTROPTINAQ*SC 1CART 2ML10MG/2M somministrato nel piano 36450**

Campi generici da compilare

Data insorgenza reazione (gg/mm/yyyy):

Origine etnica del soggetto:

Descrizione della reazione ed eventuale diagnosi:

Eventuali esami di laboratorio rilevanti per ADR (risultati e date degli accertamenti):

Azioni intraprese (specificare):

La reazione osservata deriva da:

Gravità della reazione:

Data esito (gg/mm/yyyy):

Esito:

Campi da compilare per i pazienti donne

Informazioni sui Farmaci

Farmaco sospetto A

Nome del Farmaco sospetto:

Lotto:

Dosaggio/Frequenza:

Via di somministrazione:

Usato dal giorno (gg/mm/yyyy):

al giorno (gg/mm/yyyy):

Il farmaco è stato sospeso?

La reazione è migliorata dopo la sospensione?

Il farmaco è stato ripreso?

Sono ricomparsi i sintomi dopo la risomministrazione?

Indicazioni o altro motivo per cui il farmaco è stato usato:

[Farmaco sospetto B](#)

[Farmaco sospetto C](#)

[Farmaco concomitante A](#)

[Farmaco concomitante B](#)

[Altro](#)

Effetti avversi a distanza: Anemia grave;
Effetti avversi immediati: Atrofia cutanea;

- Interazione Abuso
 Off Label Esposizione Professionale
 Errore Terapeutico Misuso
 Overdose

- Non Grave Decesso
 Invalidità grave o permanente Ha messo in pericolo di vita
 Ospedalizzazione o prolungamento Anomalie congenite/Deficit del neonato
 Altra condizione clinicamente rilevante

- Risoluzione Completa ADR
 Risoluzione con postumi
 Miglioramento
 Reazione invariata o peggiorata
 Decesso:

- dovuto a reazione avversa
 il farmaco può avere contribuito
 non dovuto al farmaco
 causa sconosciuta

Non Dipsobinibile

AIFA

SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA

1. Iniziali Paziente	2. Data di Nascita	3. Sesso	4. Data Insorgenza Reazione	5. Origine Etnica	Codice Segnalazione
G-B	02/02/2004	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>			
1.a. Peso(kg)	1.b. Altezza(cm)	1.c. Data ultima mestruazione	1.d. Gravidanza	<input type="checkbox"/> sconosciuta	1.e. Allattamento
			<input type="checkbox"/> 1°trimestre <input type="checkbox"/> 2°trimestre <input type="checkbox"/> 3°trimestre		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
6. Descrizione della reazione ed eventuale diagnosi Effetti avversi a distanza: Anemia grave; Effetti avversi immediati: Atrofia cutanea;					
7. Indicare se la reazione osservata deriva da:			8. Gravità della reazione:		
<input type="checkbox"/> Interazione <input type="checkbox"/> Errore Terapeutico <input type="checkbox"/> Abuso <input type="checkbox"/> Misuso <input type="checkbox"/> Off Label <input type="checkbox"/> Overdose <input type="checkbox"/> Esposizione Professionale			<input type="checkbox"/> Decesso <input type="checkbox"/> Invalidità grave o permanente <input type="checkbox"/> Anomalie Congenite/Deficit nel neonato <input type="checkbox"/> Non Grave		
9. Eventuali esami di laboratorio rilevanti per ADR			10. Esito Data:		
			<input type="checkbox"/> Risoluzione Completa ADR <input type="checkbox"/> Risoluzione Con Postumi <input type="checkbox"/> Miglioramento <input type="checkbox"/> Reazione invariata o peggiorata <input type="checkbox"/> Decesso		
11. Azioni intraprese					
<input type="checkbox"/> dovuto alla reazione avversa <input type="checkbox"/> il farmaco può avere contribuito <input type="checkbox"/> non dovuto al farmaco <input type="checkbox"/> causa sconosciuta <input type="checkbox"/> Non disponibile					

INFORMAZIONI SUI FARMACI

12. Farmaco/i sospetto/i:

A)

13. Lotto:

15. Via di Somministrazione:

17. Il farmaco è stato sospeso?:
 Sì No

19. Il farmaco è stato ripreso?:
 Sì No

21. Indicazioni o altro motivo per cui il farmaco è stato usato

14. Dosaggio/Frequenza:

16. Durata dell'uso:
dal al

18. La reazione è migliorata dopo la sospensione?:
 Sì No

20. Sono ricomparsi i sintomi dopo la risomministrazione?:
 Sì No

B)

13. Lotto:

15. Via di Somministrazione:

17. Il farmaco è stato sospeso?:
 Sì No

19. Il farmaco è stato ripreso?:
 Sì No

21. Indicazioni o altro motivo per cui il farmaco è stato usato

14. Dosaggio/Frequenza:

16. Durata dell'uso:
dal al

18. La reazione è migliorata dopo la sospensione?:
 Sì No

20. Sono ricomparsi i sintomi dopo la risomministrazione?:
 Sì No

C)

13. Lotto:

15. Via di Somministrazione:

17. Il farmaco è stato sospeso?:
 Sì No

19. Il farmaco è stato ripreso?:
 Sì No

21. Indicazioni o altro motivo per cui il farmaco è stato usato

14. Dosaggio/Frequenza:

16. Durata dell'uso:
dal al

18. La reazione è migliorata dopo la sospensione?:
 Sì No

20. Sono ricomparsi i sintomi dopo la risomministrazione?:
 Sì No

Il Distretto

Autenticazione dell'utente

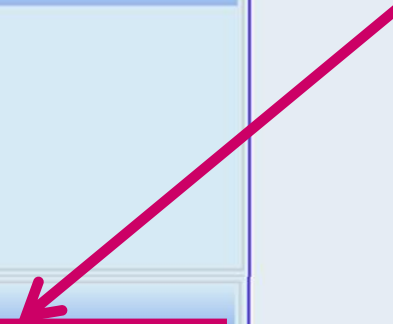
COME PER IL CARICAMENTO DEI CERTIFICATI RILASCIATI DA CENTRI DI REGIONI CHE NON APPARTENGONO ALL'AREA CONSORZIATA,
IL DISTRETTO E' ORA CHIAMATO A CARICARE ANCHE I PIANI TERAPEUTICI CARTACEI FORMULATI DA CENTRI DI REGIONI NON COLLEGATE AL SISTEMA, SECONDO MODALITA' ANALOGHE A QUELLE DESCRITTE PER IL CENTRO:

- 1. ACCEDERE ALLA «GESTIONE PIANI DI PRESA IN CARICO PERSONALIZZATI»**
- 2. «INSERIRE UN PTP PREDISPOSTO DA UN PRESIDIO ACCREDITATO EXTRA-AREA VASTA»**

Novità nel modulo di certificazione-esenzione

Malattia	
Nome malattia:	<input type="text" value="SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA"/> ? Vedi scheda sul sito
Branch:	<input type="text" value="Malattie neurologiche rare"/>
Codice ORPHA:	<input type="text" value="803"/>
Codice OMIM:	<input type="text" value="614808,615426,615515,616208,6"/>
Codice ICD10:	<input type="text" value="G12.2"/>
Codice ICD9CM:	<input type="text" value="335.20"/>
Usa Dietetici:	<input type="checkbox"/> Dieta non attiva: cliccare qui per attivarla
Usa farmaco orfano:	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No <input type="text" value="Nome farmaco"/>
Esenzione	
Codice Esenz.:	<input type="text" value="RF0100"/>
Malattia di riferim.:	<input type="text" value="SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA"/>
Dati Esordio Malattia	
Primo centro che ha effettuato la diagnosi:	<input type="text"/>
Data diagnosi:	<input type="text"/>
Data esordio malattia (mm/aaaa):	<input type="text"/>
Fonte dati esordio:	<input type="checkbox"/> Riferiti da paziente <input type="checkbox"/> Da documentazione
Dati Utente Certificatore	
Medico certificatore:	<input type="text" value="Dr. mr_neuro_tri"/>
Centro che certifica:	<input type="text" value="Neurologia"/>
Presidio che certifica:	<input type="text" value="Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)"/>
Azienda che certifica:	<input type="text" value="Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)"/>
Data certificato:	<input type="text" value="21/09/2018"/>
Piani Terapeutici Personalizzati	
Il paziente non ha attivo alcun piano terapeutico	
Gestione piani terapeutici pers.	
Stampa Esenzione	[Inserisci segnalazione errore]

**Accesso alla
«Gestione piani
terapeutici
personalizzati»**



Funzione di caricamento del PTP extra-Area Vasta

Estrazione
Modifiche DPCM

Elenca Pazienti

Caricamento
certificati fuori
Area Vasta

Segnalazione
Malattie non
comprese

Elenco Malattie
non comprese

Ricerca
Autorizzazioni

Cambio Password

Delibera
Accreditamento

Manuale

Piani Terapeutici dell'Assistito

Utente connesso: mr_distretto_pu

Paziente: AXXXXXXXXXXXXXXXXX VIXXXXXX 22/05/1964

Elenco piani terapeutici

Non esistono piani terapeutici personalizzati inseriti extra area vasta per questo paziente

Paziente **Inserisci PTP predisposto da un presidio accreditato extra area vasta**

Modulo del PTP secondo le sezioni già viste

Inserimento / Modifica Prescrizione

1. Farmaci e parafarmaci

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Nota-AIFA	Off-Label	Non-Sost
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aggiungi farmaco

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

2. Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizzare in regime di esenzione dal costo, secondo le specifiche disposizioni regionali

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost	Galen.	Relaz.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostra

Aggiungi trattamento in esenzione

Farmacia che Eroga: Del Centro di Residenza

Farmacia che Procura: Del Centro di Residenza

3. Preparati galenici

Principio Attivo	Nome Commerciale	Posologia	Off-Label	Non-Sost
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altro P. attivo:

Aggiungi galenico

4. Altri trattamenti (riabilitativi, chirurgici, etc.)

Trattamento	Data
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aggiungi trattamento

Elenco PTP

Farmaci e parafarmaci

(Farmaci di classe A, con nota AIFA, del PHT, di classe H, della L.648/96 e/o carico dell'assistito)

Richieste motivate extra-LEA individuali da autorizzare

Preparati galenici

Altri trattamenti

L' Autorizzatore del Distretto/ASL

Autenticazione dell'utente

L'AUTORIZZATORE DELLA ASL:

- 1. VEDE LE RICHIESTE MOTIVATE PER SINGOLO PAZIENTE COMPILATE ALL'INTERNO DEI PIANI TERAPEUTICI RELATIVE A TUTTI GLI ASSISTITI DELLA ASL;**
- 2. INSERISCE L'ESITO DELLA VALUTAZIONE DIRETTAMENTE ALL'INTERNO DEL PIANO TERAPEUTICO, IN MODO CHE SIA VISIBILE PER TUTTI GLI UTENTI INTERESSATI COLLEGATI AL PIANO TERAPEUTICO (MEDICO PRESCRITTORE, FARMACISTA CHE PROCURA ED EROGA, ETC.)**

Ricerca delle richieste extra-LEA da valutare

Estrazione
Modifiche DPCM

Elenca Pazienti

Caricamento
certificati fuori
Area Vasta

Segnalazione
Malattie non
comprese

Elenco Malattie
non comprese

**Ricerca
Autorizzazioni**

Cambio Password

Delibera
Accreditamento

Manuale

Ricerca Pazienti Utente connesso: mr_distretto_pu

Imposta i criteri di selezione

Cognome Paziente: Nome Paziente:

Detto:

Nome malattia


Codice Esenzione

Nome Farmaco:

Autorizzazione:
Valutati
Tutti

Data Valutazione: al

Ordina per:



**Campi diversi per la
ricerca delle richieste
extra-LEA degli
assistiti da valutare,
già valutate o tutte**

Ricerca delle richieste extra-LEA da valutare

Malattie Rare

<< < > >> Pag. 1

Cognome	Nome	Malattia	Nr. PTP	DAL	AL	Interrotto	Dt. Valutazione
> ROSSI	GIANFRANCO	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA	80820	21/09/2018	21/09/2019		

Per accedere al piano terapeutico contenente la/e richiesta/e extra-LEA da valutare

Visualizzazione della richiesta corredata della relazione clinica a supporto come inserita nel piano terapeutico

In alto i dati paziente e piano
Richiesta motivata del prescrivente:
Prescrizione
Note
Relazione a supporto

Richiesta di trattamento/i extra-LEA essenziali ed insostituibili da autorizzare in regime di esenzione dal costo

Da parte di: Dr. mr_neuro_tri
del Centro: Neurologia - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)
del ULSS: Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)
PTP nr.: 80820
valido dal: 21/09/2018 **al:** 21/09/2019

A favore di: GIANFRANCO ROSSI
data di nascita: 02/09/1968
luogo di nascita: TRICASE (LE)
residenza: VIA J. KENNEDY, 34 - TRICASE (LE)
affetto da : SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

Trattamento	Posologia	Off-Label	Non-Sost	Galen.
LEVOACETILCARNITINA CLORIDRATO - NICETILE*500MG GRAT 20 BUST	2 bust x 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

già autorizzato

Tipologia del prodotto: Trattamento in fascia C - Off-label

Specificità della condizione del paziente: Ipotrofia muscolare in paziente affetto da malattia del motoneurone in terapia con Riluzolo, con difficoltà ingravescenti di deambulazione, in peggioramento clinico

Definizione della Richiesta: L-Acetilcarnitina ha meccanismo d'azione diverso dal Riluzolo, facilitante l'azione dello stesso. Aumento della sopravvivenza media, mantenimento di una maggior capacità vitale forzata e di maggior punteggio ALSFRS-R nei pazienti trattati con ALC 3g/die + Riluzolo 100 mg/die

Bibliografia: Randomized double-blind placebo-controlled trial of acetyl-L-carnitine for ALS. Beghi E et al. Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener. 2013 Sep;14(5-6):397-405

Farmacia che eroga: Farmacia Ospedaliera-Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)(Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))

Possibilità di ricercare/consultare le valutazioni dell'archivio disponibile in linea

Trattamento **Posologia** **Off-Label** **Non-Sost** **Galen.**

SCOPOLAMINA - SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm 1 cerotto/72 h

già autorizzato

Tipologia del prodotto: Farmaco estero

Specificità della condizione del paziente:

Definizione della Richiesta:

Bibliografia:

Farmacia che eroga: Farmacia Ospedaliera-Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)

Ricerca nei PTP

Malattia: Farmaco:

Data Valutazione: dal al

altri pazienti

PIANO	INT	PAZIENTE	Dt Valutazione
80820		ROSSI GIANFRANCO	

Facsimile Piano Terapeutico Stampa Relazione Extra-LEA Valutazione

Piano PTP

Da parte di:
Dr. mr_neuro_tri
del Centro: Neurologia - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)
del ULSS: Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)
dal: 21/09/2018 **al:** 21/09/2019
PTP nr.: 80820

A favore di:
GIANFRANCO ROSSI
data di nascita: 02/09/1968
luogo di nascita: TRICASE (LE)
residenza: VIA J. KENNEDY, 34 - TRICASE (LE)
affetto da : SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

Trattamenti richiesti in esenzione

**** LEVOACETILCARNITINA CLORIDRATO - NICETILE*500MG GRAT 20 BUST** 2 bust x 3 [Relazione](#)

Autorizzo: Si No

**** SCOPOLAMINA - SCOPODERM TTS 1 1 cerotto/72 h mg/72 h disp transderm** [Relazione](#)

Autorizzo: Si No

[Altri Trattamenti](#)

Inserimento degli esiti di valutazione all'interno del piano terapeutico e relative note

Trattamento	Posologia	
LEVOACETILCARNITINA CLORIDRATO - NICETILE*500MG GRAT 20 BUST	2 bust x 3	Relazione
Farmacia che eroga: Farmacia Ospedaliera-Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)(Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce))		
Riservato all'autorizzatore:		
Autorizzo: <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Nota: <input type="text" value="Provvedimento n. 657/2018"/>		
Motivo Risposta Negativa:		
<input type="checkbox"/> poichè al momento non ci sono evidenze scientifiche che documentino l'efficacia e/o sicurezza rispetto all'uso di tale trattamento per la Sua patologia.		
<input type="checkbox"/> poichè le informazioni ricevute a supporto della richiesta non sono sufficienti a dimostrare l'efficacia e/o la sicurezza di tale trattamento per la Sua patologia, considerando la Sua specifica condizione clinica.		
<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Altro		

Trattamento	Posologia	
SCOPOLAMINA - SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm	1 cerotto/72 h	Relazione
Farmacia che eroga: Farmacia Ospedaliera-Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)(Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce))		
Riservato all'autorizzatore:		
Autorizzo: <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Nota: <input type="text" value="Provvedimento n. 657/2018"/>		
Motivo Risposta Negativa:		
<input type="checkbox"/> poichè al momento non ci sono evidenze scientifiche che documentino l'efficacia e/o sicurezza rispetto all'uso di tale trattamento per la Sua patologia.		
<input type="checkbox"/> poichè le informazioni ricevute a supporto della richiesta non sono sufficienti a dimostrare l'efficacia e/o la sicurezza di tale trattamento per la Sua patologia, considerando la Sua specifica condizione clinica.		
<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Altro		

Facsimile Piano Terapeutico [\[Inserisci segnalazione errore\]](#)

Possibilità di stampare la «Lettera Paziente»

Trattamento	Posologia	
LEVOACETILCARNITINA CLORIDRATO - NICETILE*500MG GRAT 20 BUST	2 bust x 3	Relazione
Farmacia che eroga: Farmacia Ospedaliera-Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)(Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))		
Riservato all'autorizzatore:		
Autorizzo: <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Nota: <input type="text" value="Provvedimento n. 657/2018"/>		
Motivo Risposta Negativa:		
<input type="checkbox"/> poichè al momento non ci sono evidenze scientifiche che documentino l'efficacia e/o sicurezza rispetto all'uso di tale trattamento per la Sua patologia.		
<input type="checkbox"/> poichè le informazioni ricevute a supporto della richiesta non sono sufficienti a dimostrare l'efficacia e/o la sicurezza di tale trattamento per la Sua patologia, considerando la Sua specifica condizione clinica.		
<input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>		

Trattamento	Posologia	
SCOPOLAMINA - SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm	1 cerotto/72 h	Relazione
Farmacia che eroga: Farmacia Ospedaliera-Ente Ecclesiastico "Cardinale G. Panico" - TRICASE (Lecce)(Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce))		
Riservato all'autorizzatore:		
Autorizzo: <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Nota: <input type="text" value="Provvedimento n. 657/2018"/>		
Motivo Risposta Negativa:		
<input type="checkbox"/> poichè al momento non ci sono evidenze scientifiche che documentino l'efficacia e/o sicurezza rispetto all'uso di tale trattamento per la Sua patologia.		
<input type="checkbox"/> poichè le informazioni ricevute a supporto della richiesta non sono sufficienti a dimostrare l'efficacia e/o la sicurezza di tale trattamento per la Sua patologia, considerando la Sua specifica condizione clinica.		
<input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>		

Facsimile Piano Terapeutico [\[Inserisci segnalazione errore\]](#) **Stampa Lettera Paziente**



REGIONE Puglia
ASL LE

Alla c.a. GIANFRANCO ROSSI
VIA J. KENNEDY, 34
TRICASE (LE)

Data 21/09/2018

Oggetto: richiesta di autorizzazione all'erogazione di trattamenti in esenzione dalla partecipazione al costo in riferimento al Piano Terapeutico Personalizzato (PTP) N. 80820 rilasciato da Dr. mr_neuro_tri di Neurologia - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)

Gentile Sig./Sig.ra ROSSI GIANFRANCO,

In relazione alla richiesta di erogazione in esenzione dalla partecipazione al costo dei trattamenti richiesti dallo specialista del Centro di riferimento per le malattie rare nel Piano Terapeutico Personalizzato in oggetto Le comunichiamo che in merito si è deciso quanto segue:

- di autorizzare l'erogazione gratuita del trattamento NICETILE*500MG GRAT 20 BUST per la durata del Piano Terapeutico in oggetto.

- di autorizzare l'erogazione gratuita del trattamento SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm per la durata del Piano Terapeutico in oggetto.

Rilasciato il

Timbro dell'unità operativa

Firma

Stampa Lettera Paziente

**Farmacie ospedaliere e Servizi
Farmaceutici territoriali**

Autenticazione dell'utente

LE FARMACIE OSPEDALIERE E/O SERVIZI FARMACEUTICI TERRITORIALI:

- 1. VISUALIZZANO LE RICHIESTE A LORO RIVOLTE DA
PROCURARE/ALLESTIRE/EROGARE;**
- 2. DISPENSANO MEDIANTE APPOSITA FUNZIONE**
- 3. POSSONO COMPLETARE LA RICHIESTA PER
L'IMPORTAZIONE DEI FARMACI ESTERI E
STAMPARE LA MODULISTICA COMPLETA PREVISTA
DA NORMATIVA VIGENTE**
- 4. ESTRAZIONE FLUSSO DDF3**
- 5. I SERVIZI FARMACEUTICI TERRITORIALI POSSONO
INOLTRE RICERCARE TUTTI GLI ASSISTITI DELLA
ASL CON PIANO TERAPEUTICO**

Ricerca «Richieste Farmaci»

Malattie Rare

Ricerca Richieste Farmaci

Estrai flusso DDF3

Cambio Password

Manuale

Ricerca Pazienti con PTP

Utente connesso: u_farmacia_tr

Imposta i criteri di selezione

Cognome: ROSSI Nome: GIANFRANCO

Nr.PTP:

ATC/GMP: P.Attivo: ?

Trattamento: ?

Stato ultimo PTP: Tutti

Ordina per data ul

- Attivo
- Scaduto
- Interrotto
- In scadenza

Varie modalità di ricerca:
per nome, cognome, n. PTP del paziente
per trattamento, ATC/GMP, stato del PTP, etc.

Ricerca «Richieste Farmaci»

Malattie Rare

Esito ricerca 1

Ricerca Richieste
Farmaci

Estrai flusso
DDF3

Cambio Password

Manuale

<< < > >> Pag. 1

Cognome	Nome	Data Nasc.	Cod Fisc./Sanitario	Nr. PTP	Data in PTP	Data fi PTP	Stato PTP	Cod. Esenzione	Malattia
ROSSI	GIANFRANCO	02/09/1968		80822	21/09/2018	21/09/2019	Attivo	RF0100	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

Ricerca Richieste
Farmaci

Estrai flusso
DDF3

Cambio Password

Manuale

Malattie Rare

Piani Terapeutici dell'Assistito

Utente connesso: u_farmacia_tri

Elenco piani terapeutici

Esito ricerca 2

PTP	Presidio	Rilasciato da	in data	valido fino al	interrotto il
80822 - attivo	Neurologia - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)	Dr. mr_neuro_tri	21/09/2018	21/09/2019	
80820 - annullato	Neurologia - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)	Dr. mr_neuro_tri	21/09/2018	21/09/2018	

- Usando la ricerca «Richiesta farmaci» si accede a:
1. Stringa dati del paziente
 2. Elenco piani terapeutici del paziente

Il Piano terapeutico visto dal farmacista

PTP N.80822 rilasciato al paziente GIANFRANCO ROSSI il 21/09/2018 e valido fino al 21/09/2019

Da parte di: Dr. mr_neuro_tri
C.F.:
del Centro: Neurologia - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)
Tel/Fax/Email: //
ULSS: Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)

A favore di: GIANFRANCO ROSSI
data di nascita: 02/09/1968
luogo di nascita: TRICASE (LE)
residenza: VIA J. KENNEDY, 34 - TRICASE (LE)
affetto da: SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

ELENCO TRATTAMENTI DA PROCURARE ED EROGARE A CARICO DI: **Farmacia Ospedaliera- Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)**

Nome commerciale	Posologia	Classe
RILUZOLO - RILUZOLO ZENT*56CPR RIV 50MG	50mg/die	Farmaco in fascia A del Prontuario della distribuzione diretta erogabile gratuitamente
Offlabel: <input type="checkbox"/>	Non Sostituibile <input type="checkbox"/>	Nota AIFA: <input type="checkbox"/>
CARBAMAZEPINA - CARBAMAZEPINA EG*50CPR 200MG	1/2 cp x 2	Farmaco erogabile gratuitamente ai sensi della Legge 648/96
Offlabel: <input type="checkbox"/>	Non Sostituibile <input type="checkbox"/>	Nota AIFA: <input type="checkbox"/>
LEVOACETILCARNITINA CLORIDRATO - NICETILE*500MG GRAT 20 BUST	2 bust x 3	Trattamento con richiesta di autorizzazione all'erogazione in esenzione. Relazione
Offlabel: <input checked="" type="checkbox"/>	Non Sostituibile <input type="checkbox"/>	Nota AIFA: <input type="checkbox"/>
SCOPOLAMINA - SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm	1 cerotto/72 h	Trattamento con richiesta di autorizzazione all'erogazione in esenzione. Relazione
Offlabel: <input type="checkbox"/>	Non Sostituibile <input type="checkbox"/>	Nota AIFA: <input type="checkbox"/> Scheda

RICHIESTE DI TRATTAMENTI RIVOLTE AD ALTRE FARMACIE/STRUTTURE:

NEXIUM*14CPR GASTR 20MG	1 cp ore 8	Farmaco in esenzione secondo Nota AIFA
Offlabel: <input type="checkbox"/>	Non Sostituibile <input type="checkbox"/>	Nota AIFA: <input checked="" type="checkbox"/>
Farmacia che Procura: Farmacia aperta al pubblico Farmacia che Eroga: Farmacia aperta al pubblico		
FLUIMUCIL*30CPR EFF 600MG	1 cp die	Farmaco in fascia C erogabile a pagamento del paziente , salvo diverse specifiche disposizioni regionali
Offlabel: <input type="checkbox"/>	Non Sostituibile <input type="checkbox"/>	Nota AIFA: <input type="checkbox"/>
Farmacia che Procura: Farmacia aperta al pubblico Farmacia che Eroga: Farmacia aperta al pubblico		

Note del prescrivente

Il farmacista visualizza tutti i contenuti del piano, non solo i trattamenti da procurare e/o erogare, inclusi: note di prescrizione relazioni e moduli compilati per specifici trattamenti

Dispensazione

Visualizzazione scheda dell'estero compilata dal medico prescrittore

SCOPOLAMINA - SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm	1 cerotto/72 h	Trattamento con richiesta di autorizzazione all'erogazione in esenzione.	Relazione
Offlabel: <input type="checkbox"/>	Non Sostituibile <input type="checkbox"/>	Nota AIFA: <input type="checkbox"/>	Scheda
SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm Scheda Estero			
Forma Farmaceutica:	CEROTTI		
Via di Somministrazione:	Transdermica		
Dosaggio:	1 mg/72 h		
Specificità della condizione del paziente:	Trattamento sintomatico della scialorrea in paziente affetto da SLA		
Definizione della Richiesta:	Formulazione non disponibile in Italia		
Bibliografia:	Linee guida internazionali sulla terapia della SLA...		
Modulo di richiesta per :	Medicinale non registrato in Italia		
RICHIESTE DI TRATTAMENTI RIVOLTE AD ALTRE FARMACIE/STRUTTURE:			
NEXIUM*14CPR GASTR 20MG	1 cp ore 8	Farmaco in esenzione secondo Nota AIFA	
Offlabel: <input type="checkbox"/>	Non Sostituibile <input type="checkbox"/>	Nota AIFA: <input checked="" type="checkbox"/>	
Farmacia che Procura: Farmacia aperta al pubblico			
Farmacia che Eroga: Farmacia aperta al pubblico			
FLUIMUCIL*30CPR EFF 600MG	1 cp die	Farmaco in fascia C erogabile a pagamento del paziente , salvo diverse specifiche disposizioni regionali	
Offlabel: <input type="checkbox"/>	Non Sostituibile <input type="checkbox"/>	Nota AIFA: <input type="checkbox"/>	
Farmacia che Procura: Farmacia aperta al pubblico			
Farmacia che Eroga: Farmacia aperta al pubblico			
Note del prescrivente			
Per il MMG Si richiede il monitoraggio a 6 mesi dei seguenti para...			
Facsimile PTP	Elenco PTP	Elenco Dispensazioni	Richieste Esteri
Inserisci segnalazione			

Nuova Dispensazione

Malattie Rare

Ricerca Richieste Farmaci

Estrai flusso DDF3

Cambio Password

Manuale

Dispensazioni del piano terapeutico

Utente connesso: u_farmacia_tri

Elenco Dispensazioni del piano 80822 valido dal 21/09/2018 al 21/09/2019

Non esistono dispensazioni già caricate per questo piano terapeutico

Nuova dispensazione

Caricamento dispensazione

Nuova dispensazione del piano 80822 valido dal 21/09/2018 al 21/09/2019

Data dispensazione: 21/09/2018

Prodotti nel PTP:

P.Attivo	Prodotto	Forma Farm.	Prodotto Dispensato	Prezzo	Qtà	Fatt. Conv.
RILUZOLO	RILUZOLO ZENT*56CPR RIV 50MG		RILUZOLO ZENT*56CPR RIV 50M	224,88		1

Canale di erogazione:

-- Seleziona --

[Carica Targature](#)

distribuzione diretta
dayhospital
ricovero
ambulatoriale

P.Attivo	Prodotto	Forma Farm.	Prodotto Dispensato	Prezzo	Qtà	Fatt. Conv.
CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA EG*50CPR 200MG		CARBAMAZEPINA EG*50CPR 200I	3,96		1

Canale di erogazione:

-- Seleziona --

[Carica Targature](#)

P.Attivo	Prodotto	Forma Farm.	Prodotto Dispensato	Prezzo	Qtà	Fatt. Conv.
LEVOACETILCARNITINA CLORIDRATO	NICETILE*500MG GRAT 20 BUST		NICETILE*500MG GRAT 20 BUST	19,7		1

Canale di erogazione:

-- Seleziona --

[Carica Targature](#)

P.Attivo	Prodotto	Forma Farm.	Prodotto Dispensato	Prezzo	Qtà	Fatt. Conv.
SCOPOLAMINA	SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm		SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp	0		1

Canale di erogazione:

-- Seleziona --

[Carica Targature](#)

DIETETICI nel PTP:

Riferimento	Dietetico	Qtà/mese	Prodotto Dispensato	Prezzo Unità	Qtà	Tot. erogato
addensanti in grave disfagia	RESOURCE THICKENUP NEUTRO 227G- 227 G	0	RESOURCE THICKENUP NEUTRO			0

Dati richiesti:

Prezzo

Quantità

Canale di erogazione

Targature

Compilazione «Richiesta Esteri»

Visualizzazione scheda
dell'estero compilata dal
medico prescrittore

SCOPOLAMINA - SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm	1 cerotto/72 h	Trattamento con richiesta di autorizzazione all'erogazione in esenzione.	Relazione
Offlabel: <input type="checkbox"/>	Non Sostituibile <input type="checkbox"/>	Nota AIFA: <input type="checkbox"/>	Scheda
SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm Scheda Estero			
Forma Farmaceutica:	CEROTTI		
Via di Somministrazione:	Transdermica		
Dosaggio:	1 mg/72 h		
Specificità della condizione del paziente:	Trattamento sintomatico della scialorrea in paziente affetto da SLA		
Definizione della Richiesta:	Formulazione non disponibile in Italia		
Bibliografia:	Linee guida internazionali sulla terapia della SLA...		
Modulo di richiesta per :	Medicinale non registrato in Italia		
RICHIESTE DI TRATTAMENTI RIVOLTE AD ALTRE FARMACIE/STRUTTURE:			
NEXIUM*14CPR GASTR 20MG	1 cp ore 8	Farmaco in esenzione secondo Nota AIFA	
Offlabel: <input type="checkbox"/>	Non Sostituibile <input type="checkbox"/>	Nota AIFA: <input checked="" type="checkbox"/>	
Farmacia che Procura: Farmacia aperta al pubblico			
Farmacia che Eroga: Farmacia aperta al pubblico			
FLUIMUCIL*30CPR EFF 600MG	1 cp die	Farmaco in fascia C erogabile a pagamento del paziente , salvo diverse specifiche disposizioni regionali	
Offlabel: <input type="checkbox"/>	Non Sostituibile <input type="checkbox"/>	Nota AIFA: <input type="checkbox"/>	
Farmacia che Procura: Farmacia aperta al pubblico			
Farmacia che Eroga: Farmacia aperta al pubblico			
Note del prescrittore			
Per il MMG Si richiede il monitoraggio a 6 mesi dei seguenti parametri.			
Facsimile PTP	Elenco PTP	Elenco Dispensazioni	Richieste Esteri
Inserisci segnalazione			

«Nuova Richiesta Estero»

Ricerca Richieste
Farmaci

Estrai flusso
DDF3

Cambio Password

Manuale


Richieste Farmaco Estero del Piano Terapeutico

Utente connesso: u_farmacia_tri

Elenco Richieste del Piano 80825 valido dal 21/09/2018 al 21/09/2019

Non esistono richieste già caricate per questo piano terapeutico

Nuova Richiesta SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm



Richiesta di importazione di farmaco non registrato in Italia come da Decreto 11 Febbraio 1997.

Rivolta alla Farmacia Ospedaliera : Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)

SCOPOLAMINA - SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm

Posologia: 1 cerotto/72 h
Forma: CEROTTI
Via: Transdermica
Dosaggio Specialità: 1 mg/72 h
Confezione da:
Specificità della condizione del paziente: Trattamento sintomatico della scialorrea in paziente affetto da SLA
Definizione della Richiesta: Formulazione non disponibile in Italia
Bibliografia: Linee guida internazionali sulla terapia della SLA...

Riservato alla farmacia:

Data Richiesta	<input type="text" value="22/09/2018"/>
Nome Commerciale	<input type="text" value="SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm"/>
Confezione da	<input type="text" value="5"/>
Quantità(numero/lettere)	<input type="text" value="2/due"/>
Ditta Produttrice	<input type="text" value="Novartis"/>
Paese di Provenienza	<input type="text" value="Francia"/>
Ditta Import	<input type="text" value="Interfarmaci Srl"/>
Indirizzo Ditta Import	<input type="text"/>
Tel. Ditta Import	<input type="text"/>
Fax. Ditta Import	<input type="text"/>
Dogana	<input type="text"/>
USMAF-SASN di	<input type="text"/>
Numero di AWB della spedizione	<input type="text"/>
Modalità e temp. conservazione	<input type="text"/>
Indirizzo Farmacia	<input type="text"/>

«Modulo d'importazione» Dati di pertinenza del farmacista

Modulo d'importazione estero

TIMBRO AZIENDA ULSS/OSPEDALIERA

- Alla Farmacia Ospedaliera - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce) Puglia
- Al Ministero della Salute
USMAF-SASN di

OGGETTO: Richiesta di importazione di farmaco non registrato in Italia come da Decreto 11 Febbraio 1997.

Il sottoscritto: Dr. mr_neuro_in
Residente in: Tricase - Via: C. Colombo, 12
Telefono: . - Email: .
Iscritto nell'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi di: . al n.:
Codice Regionale: .

operante presso Neurologia - Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)
chiede di poter importare tramite la Ditta Interfarmaci Srl, il seguente farmaco:

PRINCIPIO ATTIVO:	SCOPOLAMINA
NOME COMMERCIALE:	SCOPODERM TTS 1 mg/72 h disp transderm
FORMA FARMACEUTICA:	CEROTTI
VIA DI SOMMINISTRAZIONE:	Transdermica
DOSAGGIO:	1 mg/72 h
CONFEZIONE DA:	5
POSOLOGIA PRESCRITTA:	1 cerotto/72 h

Nella quantità di 2/due, prodotto dalla Ditta Novartis(Francia) titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio e regolarmente registrato nel paese di provenienza per la stessa indicazione terapeutica per la quale viene importato.
Tale farmaco è indispensabile ed insostituibile per il trattamento del paziente:

Iniziali Nome e Cognome: G.R.

Data di nascita: 02/09/1968

Affetto da: SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

IL MEDICO RICHIEDENTE DICHIARA ALTRESI' CHE:

- Non è sostituibile con altri medicinali registrati in Italia e non sono disponibili al momento alternative terapeutiche.
- Non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope, non è sangue umano e/o i suoi derivati.
- Verrà utilizzato esclusivamente per le indicazioni approvate nel paese di provenienza e in accordo con il relativo riassunto delle caratteristiche del prodotto.
- Sarà impiegato sotto la mia diretta responsabilità, dopo aver ottenuto ai sensi della normativa vigente, il consenso informato del paziente o, in caso di minore o incapace, di chi ne esercita la tutela e curatela.
- Le generalità del paziente ed i documenti relativi al consenso informato sono in possesso dello scrivente medico curante.
- Il quantitativo richiesto corrisponde ad un trattamento terapeutico non superiore a 90 giorni.

Particolari modalità e temperatura di conservazione:

Rilasciato il
22/09/2018

Servizio di Farmacia
(Timbro e firma)

Estrazione dati secondo tracciato Distribuzione Diretta (DDF3)

Malattie Rare

Ricerca Richieste Farmaci

Estrai flusso DDF3

Cambio Password

Manuale

Estrazione dati Flusso DDF farmaci GH

Utente connesso: Farmacia TRICASE

Saranno estratti i due file del flusso DDF3 relativi all'anno e al mese specificati.

ULSS di competenza: Ente Ecclesiastico 'Cardinale G. Panico' - TRICASE (Lecce)

Anno: 2018 ▼

Mese:

- Gennaio
- Febbraio
- Marzo
- Aprile
- Maggio
- Giugno
- Luglio
- Agosto
- Settembre
- Ottobre
- Novembre
- Dicembre

File: Dati di Prescrizione Dati dei Farmaci

Campi generici da compilare

Data insorgenza reazione (gg/mm/yyyy):

Origine etnica del soggetto:

Descrizione della reazione ed eventuale diagnosi:

Eventuali esami di laboratorio rilevanti per ADR (risultati e date degli accertamenti):

Azioni intraprese (specificare):

La reazione osservata deriva da:

<input type="checkbox"/> Interazione	<input type="checkbox"/> Abuso
<input type="checkbox"/> Off Label	<input type="checkbox"/> Esposizione Professionale
<input type="checkbox"/> Errore Terapeutico	<input type="checkbox"/> Misuso
<input type="checkbox"/> Overdose	

Gravità della reazione:

<input type="checkbox"/> Non Grave	<input type="checkbox"/> Decesso
<input type="checkbox"/> Invalidità grave o permanente	<input type="checkbox"/> Ha messo in pericolo di vita
<input type="checkbox"/> Ospedalizzazione o prolungamento	<input type="checkbox"/> Anomalie congenite/Deficit del neonato
<input type="checkbox"/> Altra condizione clinicamente rilevante	

Data esito (gg/mm/yyyy):

Esito:

<input type="checkbox"/> Risoluzione Completa ADR	<input type="checkbox"/> dovuto a reazione avversa
<input type="checkbox"/> Risoluzione con postumi	<input type="checkbox"/> il farmaco può avere contribuito
<input type="checkbox"/> Miglioramento	<input type="checkbox"/> non dovuto al farmaco
<input type="checkbox"/> Reazione invariata o peggiorata	<input type="checkbox"/> causa sconosciuta
<input type="checkbox"/> Decesso:	
<input type="checkbox"/> Non Dipsobinibile	

Campi da compilare per i pazienti donne

Informazioni sui Farmaci

Farmaco sospetto A

Nome del Farmaco sospetto:

Lotto:

Dosaggio/Frequenza:

Via di somministrazione:

Usato dal giorno (gg/mm/yyyy):

al giorno (gg/mm/yyyy):

Il farmaco è stato sospeso? SI NO

La reazione è migliorata dopo la sospensione? SI NO

Il farmaco è stato ripreso? SI NO

Sono ricomparsi i sintomi dopo la risomministrazione? SI NO

Indicazioni o altro motivo per cui il farmaco è stato usato:

- [Farmaco sospetto B](#)
- [Farmaco sospetto C](#)
- [Farmaco concomitante A](#)
- [Farmaco concomitante B](#)
- [Altro](#)

Scheda nazionale on-line di farmacovigilanza

Output di stampa

AIFA					
SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA					
1. Iniziali Paziente	2. Data di Nascita	3. Sesso	4. Data insorgenza Reazione	5. Origine Etnica	6. Codice Segnalazione
G-B	02/02/2004	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
1.a. Peso(kg)	1.b. Altezza(cm)	1.c. Data ultima mestruazione	1.d. Gravidanza	1.e. Allattamento	
		<input type="checkbox"/> 1° trimestre <input type="checkbox"/> 2° trimestre <input type="checkbox"/> 3° trimestre	<input type="checkbox"/> sconosciuta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
8. Descrizione della reazione ed eventuale diagnosi: Effetti avversi a distanza: Anemia grave; Effetti avversi immediati: Atrofia cutanea;					
7. Indicare se la reazione osservata deriva da:			8. Gravità della reazione:		
<input type="checkbox"/> Interazione	<input type="checkbox"/> Errore Terapeutico	<input type="checkbox"/> Decesso	<input type="checkbox"/> Ospedalizzazione o prolungamento		
<input type="checkbox"/> Abuso	<input type="checkbox"/> Misuso	<input type="checkbox"/> Invalidità grave o permanente	<input type="checkbox"/> Ha messo in pericolo di vita		
<input type="checkbox"/> Off Label	<input type="checkbox"/> Overdose	<input type="checkbox"/> Anomalie Congenite/Deficit nel neonato	<input type="checkbox"/> Altra Condizione clinicamente rilevante		
<input type="checkbox"/> Esposizione Professionale	<input type="checkbox"/> Non Grave				
9. Eventuali esami di laboratorio rilevanti per ADR			10. Esito Data:		
			<input type="checkbox"/> Risoluzione Completa ADR		
			<input type="checkbox"/> Risoluzione Con Postumi		
			<input type="checkbox"/> Miglioramento		
			<input type="checkbox"/> Reazione invariata o peggiorata		
			<input type="checkbox"/> Decesso		
11. Azioni intraprese					
<input type="checkbox"/> dovuto alla reazione avversa					
<input type="checkbox"/> il farmaco può avere contribuito					
<input type="checkbox"/> non dovuto al farmaco					
<input type="checkbox"/> causa sconosciuta					
<input type="checkbox"/> Non disponibile					
INFORMAZIONI SUI FARMACI					
12. Farmaci sospettati:					
A)			14. Dosaggio/Frequenza:		
13. Lotto:	15. Via di Somministrazione:		16. Durata dell'uso:		
	dal al				
17. Il farmaco è stato sospeso?:	18. La reazione è migliorata dopo la sospensione?				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
19. Il farmaco è stato ripreso?:	20. Sono ricomparsi i sintomi dopo la risomministrazione?				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
21. Indicazioni o altro motivo per cui il farmaco è stato usato					
B)					
13. Lotto:	15. Via di Somministrazione:		14. Dosaggio/Frequenza:		
	dal al		16. Durata dell'uso:		
			dal al		
17. Il farmaco è stato sospeso?:	18. La reazione è migliorata dopo la sospensione?				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
19. Il farmaco è stato ripreso?:	20. Sono ricomparsi i sintomi dopo la risomministrazione?				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
21. Indicazioni o altro motivo per cui il farmaco è stato usato					
C)					
13. Lotto:	15. Via di Somministrazione:		14. Dosaggio/Frequenza:		
	dal al		16. Durata dell'uso:		
			dal al		
17. Il farmaco è stato sospeso?:	18. La reazione è migliorata dopo la sospensione?				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
19. Il farmaco è stato ripreso?:	20. Sono ricomparsi i sintomi dopo la risomministrazione?				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
21. Indicazioni o altro motivo per cui il farmaco è stato usato					
INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE E SUL SEGNALATORE					
35. Indicare se la reazione è stata osservata nell'ambito di:					
<input type="checkbox"/> Progetto di Farmacovigilanza Attiva					
<input type="checkbox"/> Registro Farmaco					
<input type="checkbox"/> Studio Osservazionale					
<input type="checkbox"/> Medico Medicina Teriateriale					
<input type="checkbox"/> Medico Ospedaliero					
37. Dati del Segnalatore			38. ASL di appartenenza: A.O. PADOVA		
Nome e Cognome: Dr. h_mr_centro gh			40. Data di compilazione: 03/06/2015		
Indirizzo:			39. Regione: Veneto		
Tel/Fax:					
E-mail:					

AIFA	
22. Farmaci concomitanti:	
A)	24. Dosaggio/Frequenza:
23. Lotto:	25. Durata dell'uso:
25. Via di Somministrazione:	dal al
27. Il farmaco è stato sospeso?:	28. La reazione è migliorata dopo la sospensione?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
29. Il farmaco è stato ripreso?:	30. Sono ricomparsi i sintomi dopo la risomministrazione?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
31. Indicazioni o altro motivo per cui il farmaco è stato usato	
B)	
23. Lotto:	24. Dosaggio/Frequenza:
25. Via di Somministrazione:	25. Durata dell'uso:
	dal al
27. Il farmaco è stato sospeso?:	28. La reazione è migliorata dopo la sospensione?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
29. Il farmaco è stato ripreso?:	30. Sono ricomparsi i sintomi dopo la risomministrazione?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
31. Indicazioni o altro motivo per cui il farmaco è stato usato	
32. Uso concomitante di altri prodotti a base di piante officinali, integratori alimentari, ecc.	
33. Condizioni predisponenti e/o concomitanti	
34. Altre informazioni	
INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE E SUL SEGNALATORE	
35. Indicare se la reazione è stata osservata nell'ambito di:	
<input type="checkbox"/> Progetto di Farmacovigilanza Attiva	
<input type="checkbox"/> Registro Farmaco	
<input type="checkbox"/> Studio Osservazionale	
<input type="checkbox"/> Medico Medicina Teriateriale	
<input type="checkbox"/> Medico Ospedaliero	
37. Dati del Segnalatore	
Nome e Cognome: Dr. h_mr_centro gh	
Indirizzo:	
Tel/Fax:	
E-mail:	
38. ASL di appartenenza: A.O. PADOVA	
40. Data di compilazione: 03/06/2015	
39. Regione: Veneto	

Servizio Farmaceutico Regionale

Autenticazione dell'utente

Vista/Estrazione/Elaborazione dati di prescrizioni di tutto il Registro Regionale

Registro Malattie Rare

Malattie Rare

Cerca Prescrizioni

Cerca
Dispensazioni

Cambio Password

Manuale

Ricerca Prescrizioni

Imposta i criteri di selezione

Asl di competenza
paziente:



ATC/GMP:

P.Attivo:



Trattamento:



Nome malattia:

Codice Esenzione:

Codice ICD9CM:

Età paziente(anni):

da a

Periodo PTP:

dal al

Pazienti attualmente in trattamento

Statistiche Estrazione Dettaglio

Risultati in Html Pdf

Reset Form

Vista/Estrazione/Elaborazione dati di prescrizioni di tutto il Registro Regionale

Registro Malattie Rare

Malattie Rare

Cerca Prescrizioni

Cerca
Dispensazioni

Cambio Password

Manuale

Ricerca Prescrizioni

Imposta i criteri di selezione

Asl di competenza
paziente:



ATC/GMP:

P.Attivo:



Trattamento:



Nome malattia:

Codice Esenzione:

Codice ICD9CM:

Età paziente(anni):

da a

Periodo PTP:

dal al

Pazienti attualmente in trattamento

Statistiche Estrazione Dettaglio

Risultati in Html Pdf

Reset Form

Vista/Estrazione/Elaborazione dati di erogazione di tutto il Registro Regionale

Registro Malattie Rare

Malattie Rare

Cerca Prescrizioni

Cerca Dispensazioni

Cambio Password

Manuale

Ricerca Dispensazioni

Imposta i criteri di selezione

Asl di competenza paziente: ?

Asl che Eroga: ?

ATC/GMP: P.Attivo: ?

Trattamento: ?

Nome malattia:

Codice Esenzione: Codice ICD9CM:

Età paziente(anni): da a

Periodo PTP: dal al

Pazienti attualmente in trattamento

Statistiche Estrazione Dettaglio

Risultati in Html Pdf

Reset Form