

**DOCUMENTO CONDIVISO ASL / EROGATORI PER UNA PRESCRIZIONE ED EROGAZIONE APPROPRIATA DEI FARMACI RICLASSIFICATI DI CUI ALLA DETERMINAZIONE AIFA 2/11/2010**

**PREMESSA**

Il PHT (Prontuario-Ospedale-Territorio) rappresenta una lista di medicinali specialistici ad alto costo per i quali sussistono le condizioni di impiego clinico e di *setting* assistenziali compatibili anche con una distribuzione diretta da parte delle strutture pubbliche, al fine di garantire la presa in carico e la continuità assistenziale ospedale-territorio dei pazienti ed il monitoraggio dei consumi.

L'AIFA ha riclassificato 47 prodotti di uso ospedaliero (fascia H) in farmaci dispensabili attraverso le farmacie territoriali (fascia A), ma in PHT cioè in distribuzione diretta, secondo le diverse modalità identificate dalle varie Regioni e senza aggravio di spesa per il SSN rispetto ai costi sostenuti sino ad ora dalle Regioni.

La riclassificazione dei farmaci di cui alla Determina AIFA del 2 novembre 2010 è stata attuata per realizzare un significativo contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, in costante aumento negli ultimi anni con conseguente sfondamento del relativo tetto di spesa e per ottemperare a quanto previsto dall'art 11, comma 7, lettera a) della legge 30 luglio 2010 n.122 (manovra finanziaria urgente). Infatti i costi di rimborso delle 47 molecole incrementeranno la spesa farmaceutica territoriale anziché quella ospedaliera, senza però causare danni all'assistito.

La Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 18 novembre 2010, ha sancito l'accordo che dovrebbe garantire l'uniformità di accesso ai farmaci innovativi ad alto costo su tutto il territorio nazionale, anche senza il formale inserimento nei prontuari terapeutici ospedalieri regionali.

Riferimenti normativi

- Legge n. 405 del 16 novembre 2001
- Determina AIFA 29 ottobre 2004
- Legge n. 122 del 30 luglio 2010
- Determina AIFA 2 novembre 2010
- Circolare Regionale n. 37166 dell' 11 novembre 2010
- Circolare regionale n. 42608 del 30 dicembre 2010
- Nota regionale 2 febbraio 2011
- Circolare regionale n. 5381 del 18 febbraio 2011.

Obiettivo

Garantire la presa in carico e la continuità assistenziale ospedale-territorio dei pazienti assicurando il monitoraggio e la rendicontazione dei consumi, nel rispetto di quanto previsto dalle Del. nn.1283/2011 e 1284/2011.

Elenco farmaci

I farmaci oggetto dell'accordo sono le specialità ex fascia H riclassificati in fascia A – PHT dalla determinazione AIFA del 2/11/2010, dettagliati nell'elenco riportato nella sezione "percorso operativo".

Modalità prescrizione

Tale protocollo si applica di norma agli assistiti lombardi, la cui complessità clinica gestionale della patologia richieda un periodico ricorso alla struttura, nel rispetto delle esigenze dell'assistito.

**Area di Assistenza Farmaceutica - Dipartimento PAC**

via dei Toscani, 1 - 46100 Mantova – Tel.0376 334632/254 – Fax 0376 334232 – e-mail [giancarla.froldi@aslmn.it](mailto:giancarla.froldi@aslmn.it)

Per eventuali pazienti mantovani seguiti da strutture sanitarie lombarde il farmaco dovrebbe essere erogato da esse, che in casi eccezionali, valutati singolarmente, potranno inviare il paziente alla struttura ospedaliera a lui più comoda, previ accordi diretti.

Per pazienti mantovani seguiti da strutture ospedaliere extra-regione, i farmaci potranno essere erogati direttamente dall'Area Assistenza Farmaceutica.

La prescrizione dei farmaci in oggetto da parte dello Specialista ospedaliero dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni terapeutiche, delle vie e delle modalità di somministrazione previste dalla scheda tecnica autorizzata dall'AIFA. L'utilizzo di un farmaco al di fuori delle indicazioni autorizzate dovrà avvenire nel rispetto della legge 94/98 e dell'articolo 348 della Legge finanziaria del 2008 (prescrizioni *off - label*), in altre parole in presenza di consenso informato del paziente e mai a carico dell'SSN.

### Risultati

L'attuazione di questo percorso assistenziale (prescrizione ed erogazione farmaci riclassificati) permette di:

- garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio
- registrare tempestivamente e puntualmente le erogazioni del farmaco ai pazienti
- vigilare sulla terapia farmacologia (efficacia, tollerabilità, *compliance*)
- fare analisi farmaco epidemiologiche e farmacoeconomiche della prescrizione
- rendicontare l'andamento dei costi con produzione di report periodici.

### Condivisione

Tale protocollo è stato condiviso con gli Erogatori del territorio nelle riunioni del 8/3/2011 e 18/4/2011.

### Conclusioni

Questo percorso, oltre ad uniformare l'attività di distribuzione in tutto il territorio provinciale, consentirà al paziente un più facile accesso al farmaco, migliorando la continuità assistenziale ospedale-territorio e nel contempo un maggior controllo della spesa farmaceutica.

Inoltre un'attenta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, punto di forza dell'attività di erogazione, finalizzata al controllo del rischio clinico sul territorio, fenomeno ancora oggi sottostimato, permetterà di ridurre eventi avversi e potenziali danni per i pazienti.

Ottenere un risparmio con un miglior servizio offerto consente di gestire le risorse in modo più appropriato.

## **PERCORSO OPERATIVO**

### **1. Prescrizione**

Il medico specialista individuato in funzione della specialità medicinale da prescrivere (elenco farmaci, allegato 1) provvederà alla compilazione del modulo ricetta (allegato 2) riportante i dati del paziente (es.: nome, cognome, data di nascita, residenza, codice fiscale), diagnosi, posologia, data prescrizione e nome della specialità medicinale.

Unitamente al modulo ricetta al paziente verranno fornite indicazioni per il ritiro del farmaco.

### **2. Erogazione**

Ai pazienti muniti di modulo ricetta debitamente compilato, la terapia verrà erogata di norma per un periodo fino a 30 - massimo 60 - giorni. Per i farmaci da frigorifero la terapia massima che verrà erogata sarà fino a 30 gg.

Per casi particolari il farmacista ospedaliero si rapporterà con l'AAF dell'ASL.

#### **Area di Assistenza Farmaceutica - Dipartimento PAC**

via dei Toscani, 1 - 46100 Mantova - Tel.0376 334632/254 - Fax 0376 334232 - e-mail [giancarla.froldi@aslmn.it](mailto:giancarla.froldi@aslmn.it)

**ASL Mantova** - Sede Legale - via dei Toscani, 1 - 46100 Mantova - Tel. 0376 3341 - [www.aslmn.it](http://www.aslmn.it) - CF/PI 01838560207

## A.O. C. POMA

### P.O. Mantova

Orari apertura al pubblico	Secondo gli orari comunicati direttamente al paziente
Sede	La farmacia è situata in una palazzina indipendente, per raggiungere la quale è presente una segnaletica dedicata all'interno dell'area ospedaliera
telefoni	0376 - 201207

### P.O. Asola

Orari apertura al pubblico	Secondo gli orari comunicati direttamente al paziente
Sede	La farmacia è situata in una palazzina indipendente, con accesso dal passo carraio di via Circonvallazione Ovest
telefoni	0376 - 721200

### P.O. Pieve Coriano

Orari apertura al pubblico	Secondo gli orari comunicati direttamente al paziente
Sede	La farmacia, situata al piano 0 del Presidio, è raggiungibile seguendo le indicazioni apposte; al 1° piano presso la hall è disponibile un servizio informazioni.
telefoni	0386 - 717387

## Ospedale S. Pellegrino Castiglione d/S

Orari apertura al pubblico	Secondo gli orari comunicati direttamente al paziente
Sede	La farmacia è situata al 1° piano del Presidio Ospedaliero
telefoni	0376 - 635215-6

## Ospedale Suzzara

Orari apertura al pubblico	Secondo gli orari comunicati direttamente al paziente
Sede	La farmacia è situata al piano terra del Presidio Ospedaliero
telefoni	0376 - 517441

### 3. Rendicontazione

I farmaci erogati saranno rendicontati mensilmente con il tracciato record File F tipologia 6, fanno eccezione i farmaci utilizzati in base alla legge 648/96, da rendicontare in tipologia 3.

### 4. Competenze

#### Erogatori

*Direzione Sanitaria:* provvederà tempestivamente e comunque entro e non oltre il 31/12 a diffondere note informative di tale percorso presso tutti gli Specialisti interessati, dandone comunicazione in copia all'ASL

*Farmacia Ospedaliera:* provvederà:

- al monitoraggio ed alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva
- alla redazione trimestrale di una relazione sull'andamento dei consumi dei farmaci riclassificati

#### **Area di Assistenza Farmaceutica - Dipartimento PAC**

via dei Toscani, 1 - 46100 Mantova – Tel.0376 334632/254 – Fax 0376 334232 – e-mail [giancarla.froldi@aslmn.it](mailto:giancarla.froldi@aslmn.it)

**ASL Mantova** - Sede Legale - via dei Toscani, 1 - 46100 Mantova - Tel. 0376 3341 - [www.aslmn.it](http://www.aslmn.it) - CF/PI 01838560207

## ASL di Mantova

*Distretti*

Provvederanno ad informare i Medici di Famiglia che:

- alla stato attuale tali farmaci non potranno essere prescritti su ricetta SSR per essere esitati in farmacie aperte al pubblico, in quanto dovranno essere distribuiti esclusivamente dagli Ospedali.
- Il medico indirizzerà all'AAF i pazienti con prescrizioni extra-regione per il ritiro dei farmaci.

AAF

1. Ha tempestivamente informato i medici prescrittori e le farmacie del territorio relativamente alle modalità di prescrizione ed erogazione dei farmaci riclassificati trasmettendo la circolare regionale dell'11/11/2010 prot. H1.2010.37166
2. Provvederà:
  - al monitoraggio della tipologia 6 del file F con verifica presso i singoli Erogatori dell'appropriatezza prescrittiva e della corrispondenza in cartella clinica
  - alla produzione mensile di reportistica dedicata alla tipologia 6 – farmaci riclassificati - riportante il n. dei pazienti, le confezioni dispensate ed i costi esposti raffrontati con quelli dell'anno precedente
  - alla verifica dell'assenza dal flusso ricette Santer di prescrizioni in SSR di tali farmaci eventualmente spediti dalle farmacie del territorio

### **Area di Assistenza Farmaceutica - Dipartimento PAC**

via dei Toscani, 1 - 46100 Mantova – Tel.0376 334632/254 – Fax 0376 334232 – e-mail [giancarla.froldi@aslmn.it](mailto:giancarla.froldi@aslmn.it)

**ASL Mantova** - Sede Legale - via dei Toscani, 1 - 46100 Mantova - Tel. 0376 3341 - [www.aslmn.it](http://www.aslmn.it) - CF/PI 01838560207

## ELENCO FARMACI RICLASSIFICATI fascia A - PHT (det. AIFA 2/11/2010)

ATC	principio attivo	AIC	specialità	PT	medico prescrittore
<b>Apparato gastrointestinale e metabolismo</b>					
A16AA04	MERCAPTAMINA BITARTRATO	033314016	CYSTAGON*FL 100CPS 50MG		Pediatra/Nefrologo
A16AA04	MERCAPTAMINA BITARTRATO	033314030	CYSTAGON*FL 100CPS 150MG		Pediatra/Nefrologo
A16AA05	ACIDO CARGLUMICO	035983030	CARBAGLU*5CPR DISP 200MG		Internista/Pediatra Neurologo
A16AA05	ACIDO CARGLUMICO	035983028	CARBAGLU*60CPR DISP 200MG		Internista/Pediatra Neurologo
A16AA05	ACIDO CARGLUMICO	035983016	CARBAGLU*15CPR DISP 200MG		Internista/Pediatra Neurologo
A16AA06	BETAINA	037797014	CYSTADANE*OS 1FL 180G+3CUCCH		Internista/Pediatra Nefrologo/Epatologo
A16AX03	SODIO FENILBUTIRRATO	034701019	AMMONAPS*FL 250CPR 500MG		Internista Pediatra Neurologo
A16AX03	SODIO FENILBUTIRRATO	034701033	AMMONAPS*GRAT 940MG/G FL 266G		Internista Pediatra Neurologo
A16AX05	ZINCO ACETATO	036694014	WILZIN*FL 250CPS 25MG		Internista Pediatra Neurologo Epatologo Neuropsichiatra
A16AX05	ZINCO ACETATO	036694026	WILZIN*FL 250CPS 50MG		Internista Pediatra Neurologo Epatologo Neuropsichiatra
A16AX06	MIGLUSTAT	035798014	ZAVESCA*84CPS 100MG		Internista Pediatra Neurologo
A16AX07	SAPROPTERINA DICLORIDRATO	038922011	KUVAN*30CPR SOLUB 100MG		malattia rara
A16AX07	SAPROPTERINA DICLORIDRATO	038922023	KUVAN*120CPR SOLUB 100MG		malattia rara
<b>Antitrombotici</b>					
B01AC11	ILOPROST SALE DI TROMETAMOLO	036019026	VENTAVIS*NEB 100F 2ML 10MCG/ML		Cardiologo Pneumologo Dermatologo Reumatologo
B01AC11	ILOPROST SALE DI TROMETAMOLO	036019014	VENTAVIS*NEB 30F 2ML 10MCG/ML		Cardiologo Pneumologo Dermatologo Reumatologo
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO	038451050	PRADAXA*10X1CPS 110MG	si	Ematologo Ortopedico
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO	038451062	PRADAXA*30X1CPS 110MG	si	Ematologo Ortopedico
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO	038451011	PRADAXA*10X1CPS 75MG	si	Ematologo Ortopedico
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO	038451023	PRADAXA*30X1CPS 75MG	si	Ematologo Ortopedico
B01AX06	RIVAROXABAN	038744064	XARELTO*10CPR RIV 10MG PP/ALU		Ematologo Ortopedico Anestesista
B01AX06	RIVAROXABAN	038744052	XARELTO*5CPR RIV 10MG PP/ALU		Ematologo Ortopedico Anestesista
B01AX06	RIVAROXABAN	038744076	XARELTO*30CPR RIV 10MG PP/ALU		Ematologo Ortopedico Anestesista
<b>Antipertensivi polmonari</b>					
C02KX01	BOSENTAN MONOIDRATO	035609027	TRACLEER*56CPR RIV 62,5MG	si	Cardiologo Pneumologo Dermatologo Reumatologo
C02KX01	BOSENTAN MONOIDRATO	035609041	TRACLEER*56CPR RIV 125MG	si	Cardiologo Pneumologo Dermatologo Reumatologo
C02KX02	AMBRISENTAN	038528042	VOLIBRIS*30CPR RIV 10MG		Cardiologo Pneumologo Dermatologo Reumatologo
C02KX02	AMBRISENTAN	038528028	VOLIBRIS*30CPR RIV 5MG		Cardiologo Pneumologo Dermatologo Reumatologo
C02KX03	SITAXENTAN SODICO	037758024	THELIN*28CPR RIV 100MG		Ritirato
G04BE03	SILDENAFIL CITRATO	036982015	REVATIO*90CPR RIV 20MG	si	Cardiologo Pneumologo Dermatologo Reumatologo
<b>Antibiotici</b>					
J01GB01	TOBRAMICINA	034767018	TOBI*NEBUL 56F 1D 300MG/5ML		Internista Infettivologo Pneumologo Pediatra
J01GB01	TOBRAMICINA	036646038	BRAMITOB*NEBUL 56F 300MG/4ML		Internista Infettivologo Pneumologo Pediatra
J01XX08	LINEZOLID	035410226	ZYVOXID*10CPR RIV 600MG BLIST	si	Intetnista Infettivologo Ematologo
J01XX08	LINEZOLID	035410075	ZYVOXID*OS GRANxSOSP 100MG/5ML	si	Intetnista Infettivologo Ematologo
<b>Antimicotici</b>					
J02AC03	VORICONAZOLO	035628268	VFEND*OS FL 45G 40MG/ML	si	Intetnista Infettivologo Ematologo
J02AC03	VORICONAZOLO	035628179	VFEND*28CPR RIV 200MG	si	Intetnista Infettivologo Ematologo
J02AC03	VORICONAZOLO	035628054	VFEND*28CPR RIV 50MG	si	Intetnista Infettivologo Ematologo
J02AC04	POSACONAZOLO	037059019	NOXAFIL*OS SOSP 105ML 40MG/ML		Intetnista Infettivologo Ematologo
<b>Antivirali</b>					
J05AB04	RIBAVIRINA	034459038	REBETOL*168CPS 200MG	si	Internista Infettivologo Gastroenterologo

ATC	principio attivo	AIC	specialità	PT	medico prescrittore
J05AB04	RIBAVIRINA	035745013	COPEGUS*42CPR RIV 200MG	si	Internista Infettivologo Gastroenterologo
J05AB04	RIBAVIRINA	039363039	RIBAVIRINA TEVA*168CPS 200MG	si	Internista Infettivologo Gastroenterologo
J05AB04	RIBAVIRINA	035745064	COPEGUS*FL 56CPR RIV 400MG	si	Internista Infettivologo Gastroenterologo
J05AB04	RIBAVIRINA	035745052	COPEGUS*FL 14CPR RIV 400MG	si	Internista Infettivologo Gastroenterologo
J05AB04	RIBAVIRINA	035745049	COPEGUS*112CPR RIV 200MG	si	Internista Infettivologo Gastroenterologo
J05AB04	RIBAVIRINA	035745037	COPEGUS*28CPR RIV 200MG	si	Internista Infettivologo Gastroenterologo
J05AB04	RIBAVIRINA	035745025	COPEGUS*168CPR RIV 200MG	si	Internista Infettivologo Gastroenterologo
J05AB04	RIBAVIRINA	034459014	REBETOL*84CPS 200MG	si	Internista Infettivologo Gastroenterologo
J05AB04	RIBAVIRINA	034459040	REBETOL*OS FL 100ML 40MG/ML	si	Internista Infettivologo Gastroenterologo
J05AB04	RIBAVIRINA	039363015	RIBAVIRINA TEVA*84CPS 200MG	si	Internista Infettivologo Gastroenterologo
J05AB04	RIBAVIRINA	026875017	VIRAZOLE*AEROSOL FL LIOF 6G		Internista Infettivologo Gastroenterologo
J05AB04	RIBAVIRINA	034459026	REBETOL*140CPS 200MG	si	Internista Infettivologo Gastroenterologo
J05AB04	RIBAVIRINA	039363027	RIBAVIRINA TEVA*140CPS 200MG	si	Internista Infettivologo Gastroenterologo
J05AF08	ADEFOVIR DIPIVOXIL	035871019	HEPSERA*1FL 30CPR 10MG	si	Internista Infettivologo Gastroenterologo
J05AF10	ENTECAVIR	037221076	BARACLUDE*30CPR RIV 0,5MG	si	Internista Infettivologo Gastroenterologo
J05AF10	ENTECAVIR	037221088	BARACLUDE*30CPR RIV 1MG	si	Internista Infettivologo Gastroenterologo
J05AF11	TELBIVUDINA	037884018	SEBIVO*28CPR RIV 600MG	si	Internista Infettivologo Gastroenterologo
<b>Antineoplastici</b>					
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	034527073	TEMODAL*1FL 5CPS 250MG	si	Oncologo Internista
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	034527059	TEMODAL*1FL 5CPS 100MG	si	Oncologo Internista
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	034527034	TEMODAL*1FL 5CPS 20MG	si	Oncologo Internista
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	034527010	TEMODAL*1FL 5CPS 5MG	si	Oncologo Internista
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	034527236	TEMODAL* 5 BUSTE 5CPS 5MG	si	Oncologo Internista
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	034527135	TEMODAL* 5 BUSTE 5CPS 20MG	si	Oncologo Internista
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	034527150	TEMODAL* 5 BUSTE 5CPS 100MG	si	Oncologo Internista
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	034527174	TEMODAL* 5 BUSTE 5CPS 140MG	si	Oncologo Internista
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	034527097	TEMODAL*1FL 5CPS 140MG	si	Oncologo Internista
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	034527198	TEMODAL* 5 BUSTE 5CPS 180MG	si	Oncologo Internista
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	034527111	TEMODAL*1FL 5CPS 180MG	si	Oncologo Internista
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	034527212	TEMODAL* 5 BUSTE 5CPS 250MG	si	Oncologo Internista
L01BB05	FLUDARABINA FOSFATO	029552039	FLUDARA*20CPR RIV 10MG	si	Oncologo Internista Ematologo
L01BB05	FLUDARABINA FOSFATO	029552027	FLUDARA*15CPR RIV 10MG	si	Oncologo Internista Ematologo
L01BC06	CAPECITABINA	035219029	XELODA*120CPR RIV 500MG	si	Oncologo Internista
L01BC06	CAPECITABINA	035219017	XELODA*60CPR RIV 150MG	si	Oncologo Internista
L01BC53	TEGAFUR/URACILE	034864052	UFT*36CPS 100MG+224MG		Oncologo Internista
L01BC53	TEGAFUR/URACILE	034864049	UFT*42CPS 100MG+224MG		Oncologo Internista
L01BC53	TEGAFUR/URACILE	034864013	UFT*21CPS 100MG+224MG		Oncologo Internista
L01BC53	TEGAFUR/URACILE	034864025	UFT*28CPS 100MG+224MG		Oncologo Internista
L01BC53	TEGAFUR/URACILE	034864037	UFT*35CPS 100MG+224MG		Oncologo Internista
L01CA04	VINORELBINA BITARTRATO	027865118	NAVELBINE*1CPS 30MG	si	Oncologo Internista
L01CA04	VINORELBINA BITARTRATO	027865106	NAVELBINE*1CPS 20MG	si	Oncologo Internista
L01XE01	IMATINIB MESILATO	035372059	GLIVEC*120CPS 100MG	si	Oncologo Ematologo Internista
L01XX17	TOPOTECAN CLORIDRATO	033306073	HYCAMTIN*10CPS 1MG		Oncologo
L01XX17	TOPOTECAN CLORIDRATO	033306061	HYCAMTIN*10CPS 0,25MG		Oncologo
L01XX23	MITOTANO	036560011	LYSODREN*FL 100CPR 500MG		Oncologo Internista
L01XX25	BEXAROTENE	035710019	TARGRETIN*FL 100CPS 75MG	si	Oncologo Internista Ematologo
L01XX35	ANAGRELIDE CLORIDRATO	036745014	XAGRID*FL 100CPS 0,5MG	si	Ematologo Internista

ATC	principio attivo	AIC	specialità	PT	medico prescrittore
<b>Immunosoppressivi</b>					
L04AA06	MICOFENOLATO MOFETILE	029796012	CELLCEPT*100CPS 250MG	si	Internista Pediatra Immunologo Ematologo Oncologo
L04AA06	MICOFENOLATO MOFETILE	029796024	CELLCEPT*50CPR 500MG	si	Internista Pediatra Immunologo Ematologo Oncologo
L04AA06	MICOFENOLATO SODICO	036511032	MYFORTIC*100CPR RIV 180MG	si	Internista Pediatra Immunologo Ematologo Oncologo
L04AA06	MICOFENOLATO SODICO	036511069	MYFORTIC*50CPR RIV 360MG	si	Internista Pediatra Immunologo Ematologo Oncologo
<b>Bifosfonati</b>					
M05BA06	SODIO IBANDRONATO MONOIDR	036570012	BONDRONAT*28CPR RIV 50MG	si	Internista Ortopedico Oncologo
<b>Sistema nervoso</b>					
N07AX01	PILOCARPINA CLORIDRATO	029526047	SALAGEN*84CPR RIV 5MG	si	Oncologo Internista Oculista Gastroenterologo
<b>Disassuefazione</b>					
N07BC51	BUPRENORFINA/NALOXONE	037604030	SUBOXONE*7CPR SUBLING 8MG/2MG		Medici SERT
N07BC51	BUPRENORFINA/NALOXONE	037604016	SUBOXONE*7CPR SUBLING 2MG/0,5M		Medici SERT
<b>SLA</b>					
N07XX02	RILUZOLO	032887010	RILUTEK*56CPR RIV 50MG	si	Internista Neurologo
<b>Mucolitici</b>					
R05CB13	DESOSSIRIBONUCLEASI	029352010	PULMOZYME*INAL 6F 2500U 2,5ML		Pneumologo Internista Cardiologo Gastroenterologo
<b>Sostanze chelanti del ferro</b>					
V03AC02	DEFERIPRONE	034525028	FERRIPROX*OS FL 250ML 100MG/ML	si	Ematologo
V03AC02	DEFERIPRONE	034525016	FERRIPROX*100CPR RIV 500MG	si	Ematologo
V03AC03	DEFERASIROX	037421056	EXJADE*28CPR DISP 500MG	si	Ematologo
V03AC03	DEFERASIROX	037421031	EXJADE*28CPR DISP 250MG	si	Ematologo
V03AC03	DEFERASIROX	037421017	EXJADE*28CPR DISP 125MG	si	Ematologo

	<b>MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI FARMACI RIMBORSABILI MEDIANTE FILE F</b>	Cod.:MOD11005FARM Rev. 1 Data : 11.02.2010
---	---	--

UNITA' OPERATIVA: \_\_\_\_\_ PRESIDIO: \_\_\_\_\_

Medico prescrittore: \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_

Cognome e Nome Paziente \_\_\_\_\_ Codice Sanitario \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ M F Data di Nascita \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_ ASL di Residenza \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Farmaco (Dosaggio e forma farmaceutica)	Posologia	Durata Trattamento	QUANTITA' CONSEGNATA	NOTA AIFA E/O P.T

**Tipologie in uso ( indicare la tipologia)**

- 1- Farmaci fascia H    2 – farmaci ambulatoriali    3 – farmaci non registrati (legge 648/96)     4-Vaccini iposensibiliz. (res. Lombardia)  
 5- farmaci oncologici ad alto costo    6 – farmaci del doppio canale di distribuzione     8- farmaci per stranieri cod. STP  
 9 – farmaci esteri non registrati uso domiciliare    10 – farmaci per malattie rare     11-farmaci in dimissione per il primo ciclo di cura  
 13-ASL     14-fattori della coagulazione somministrati in episodi di ricovero per acuti o in riabilitazione

Codice prestazione ambulatoriale \_\_\_\_\_ ( solo per la tipologia 2)

Dichiaro sotto la mia responsabilità che i farmaci somministrati o forniti per l'uso ambulatoriale, rendicontati in regime File F, sono utilizzati secondo le indicazioni registrate dal Ministero della Salute, nel rispetto dei vincoli prescrittivi stabiliti dalle Note AIFA e secondo le indicazioni fornite dalla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia.

Data somministrazione/consegna del farmaco

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma per ricevuta

(dell' Assistito o parente che riceve il farmaco)

IL FARMACISTA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizzo la struttura di ricovero Azienda Ospedaliera "CARLO POMA" al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs.vo n.196 del 30 Giugno 2003 . (Limitatamente ai farmaci consegnati per uso domiciliare) dichiaro di essere stato informato che il farmaco consegnato in data odierna, deve essere utilizzato solo per continuare la terapia a domicilio, ed in caso di ricovero non deve essere utilizzato in nessuna struttura di ricovero.

FIRMA \_\_\_\_\_

**SERVIZIO FARMACIA INTERNA**

Tel. 0376-635215/6 – Fax. 0376-635219

e-mail: farmacia@ospedalecastiglione.it

**PRESCRIZIONE FARMACI FILE F – RIMBORSO REGIONALE**

Cognome e Nome Paziente .....

Data di nascita.....  M  F

Luogo di Residenza..... Tessera Sanitaria.....

Codice Fiscale.....

Reparto ospedaliero..... Diagnosi.....

<i>Principio attivo/vaccino</i>	<i>Quantità</i>	<i>Posologia</i>	<i>Durata del trattamento (max 60gg)</i>

**Tipologia del rimborso**

- |   |  |
|---|--|
| (1)farmaci di fascia H                      | (6)farmaci con doppio canale di distribuzione    |
| (2)farmaco ambulatoriale                    | (8)farmaci somministrati a stranieri STP         |
| (3)farmaci non registrati (L.648)           | (9)farmaci non registrati per uso domiciliare    |
| (4)terapie iposensibilizzanti               | (10) farmaci malattie rare                       |
| (5)farmaci oncologici ad alto costo (DRG J) | (11) farmaci alla dimissione/primo ciclo di cura |

Data di somministrazione/consegna farmaco

.....

**Timbro e firma del prescrittore**

Firma del paziente per ricevuta

(per terapie consegnate al domicilio del paziente)

**Informativa**, ai sensi dell'art 13 del D.Lgs. 30/06/2009 n.196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali.

Ai sensi dell' art 13 del D.Lgs. 30/06/2009 n.196, desideriamo informarLa che i Suoi dati personali saranno trattati - sia normalmente, sia con l'ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dall'art.11 del D.Lgs. 196/03- esclusivamente per le seguenti finalità: ottemperare agli obblighi di legge. Il titolare del trattamento è: OSPEDALE SAN PELLEGRINO SRL

Io sottoscritto..... dichiaro di aver letto attentamente l'informativa e

 acconsento  non acconsento al trattamento dei dati personali.

Firma leggibile \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE FARMACI RIMBORSABILI MEDIANTE FILE F**

 Cognome e Nome  
 .....  
 .....

Sesso	M	F

Data di nascita .....

Luogo di nascita.....

Tessera S.S.N. ....

Codice Fiscale .....

Comune di residenza.....

ASL di residenza.....

Diagnosi .....

Codice ICD 9-CM .....

CODICE AIC	NOME COMMERCIALE	FASCIA DEL FARMACO	TIPOLOGIA	QUANTITA' TOTALE	POSOLOGIA DIE	DURATA GIORNI

Data consegna farmaco .....

Unità Operativa richiedente.....

Firma del Paziente .....

Firma e timbro del Medico .....

Firma del Farmacista.....