

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 7 Farmaceutica
Centro Regionale di Farmacovigilanza

Prot. n. 36440

Palermo 10.05.2017

Oggetto: Piano Terapeutico per la prescrizione di medicinali a base di *desmopressina (Emosint)*

Ai Direttori Generali
delle Aziende Sanitarie

Ai Servizi di Farmacia delle
Aziende Sanitarie

A Federfarma Sicilia

Ad Assofarm
SEDE

Al fine di armonizzare su tutto il territorio regionale le modalità prescrittive dei medicinali a base di desmopressina, classificati in A PHT ed erogati in Distribuzione Per Conto, è stato predisposto un apposito modello di Piano Terapeutico.

Pertanto, la prescrizione a carico del SSR di tali medicinali **deve essere effettuata esclusivamente sul modello di Piano Terapeutico (PT)**, che ad ogni buon fine si allega.

Appare utile ribadire che la suddetta prescrizione è riservata ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. n. 1766/11 e s.m.i..

Le prescrizioni effettuate su modelli di PT antecedenti a quello di nuova introduzione, potranno essere accettate sino alla naturale scadenza degli stessi.

Si invitano le SS.LL. a darne ampia diffusione con particolare riferimento alle figure specialistiche interessate.

Il Dirigente del CREFV
Dr. Pasquale Camanzi

Il Responsabile dell'U.O. 7.1
Dr.ssa Claudia La Favera

Il Responsabile del Servizio 7
Dr. Antonio Lo Presti

Il Dirigente Generale
Ing. Mario La Rocca

REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA



ASSESSORATO DELLA SALUTE

PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI DESMOPRESSINA (EMOSINT)

Azienda Sanitaria/Azienda Policlinico *di cui al D.A. n. 1766/11 e s.m.i.* _____

Medico prescrittore _____ Tel _____ e-mail _____

ASSISTITO:	PESO (KG):
CODICE FISCALE:	NATO A IL
INDIRIZZO:	TEL.
ASP DI RESIDENZA	PROV.
	REGIONE:

Indicazioni terapeutiche:

emofilia A moderata lieve

Von Willebrand tipo I

Preparazione ad interventi chirurgici di pazienti emofilici e con malattia di von Willebrand

terapia:

desmopressina

Dosaggio _____ Posologia _____

Durata prevista della terapia _____

Numero confezioni totali per Piano Terapeutico _____

Annotazioni _____

Data successivo controllo _____

Data _____ Timbro e firma in originale del Medico prescrittore

Durata _____

Confezioni totali _____

Valido per n. _____ confezioni