

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE SSN DI LAMIVUDINA (Ex Nota 32 bis)

Centro prescrittore

Medico prescrittore (nome e cognome)

Tel. E-mail

Paziente (nome e cognome)

Data di nascita ___/___/___ Sesso M F

Codice Fiscale

Residente a Tel.

Regione

ASL di residenza Prov.

Medico di Medicina Generale.....

La prescrizione di lamivudina è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche:

- Epatite cronica B HBV-DNA-positiva, con malattia avanzata** (con stadio di fibrosi \geq F2 o diagnosi clinica di cirrosi) in cui l'interferone sia controindicato, o non tollerato o inefficace, come terapia soppressiva senza limiti temporali né di associazione
- Epatite cronica B HBV-DNA-positiva senza malattia avanzata**, come terapia di durata definita e senza limiti di associazione
- Riesacerbazioni dell'epatite B** conseguenti a terapie con chemioterapici antitumorali o farmaci immunosoppressivi o a trapianto di midollo o di organo solido, senza limiti temporali né di associazione

Farmaco prescritto:

- Lamivudina cp 100 mg
- Lamivudina sospensione 5 mg/mL

Dose/die:

Durata prevista del trattamento:

- Prima prescrizione Prosecuzione della cura

Data ___/___/___

Timbro e firma del clinico prescrittore

.....

Bibliografia

- Carosi G, Rizzetto M. Treatment of chronic hepatitis B: recommendations from an Italian workshop. Dig Liver Dis. 2008; 40: 603-17.
- European Association For The Study of The Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: management of chronic hepatitis B. J Hepatol. 2009; 50: 227-42.
- Marzano A, Angelucci E, Andreone P et al. Prophylaxis and treatment of hepatitis B in immunocompromised patients. Dig Liver Dis. 2007; 39: 397-408.
- Loomba R, Rowley A, Wesley R et al. Systematic review: the effect of preventive lamivudine on hepatitis B reactivation during chemotherapy. Ann Intern Med. 2008; 148: 519-28.