

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI VEMLIDY (TENOFVIR ALAFENAMIDE)

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità da parte dei centri ospedalieri o di specialisti – internista, infettivologo, gastroenterologo - individuati dalle Regioni e da consegnare al paziente in formato cartaceo. Piano terapeutico rinnovabile ogni 6 mesi

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore (cognome, nome) _____

Tel _____

Paziente (cognome, nome) _____

Data di nascita ____ / ____ / ____

Sesso: F ☐ M ☐

Comune di nascita _____

Estero ☐

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente a _____

Regione : _____ ASL di Residenza _____ Prov _____

Medico di Medicina Generale _____

Indicazione rimborsata dal SSN

Il trattamento con Vemlidy a carico del SSN è limitato all'utilizzo nei soggetti con epatite cronica B in trattamento con tenofovir disoproxil e precedente esposizione ad analoghi nucleosidici che presentino età avanzata (>60 anni) e/o alterazione dei parametri di funzione renale e/o osseo come di seguito dettagliato.

Il/la paziente soddisfa i seguenti requisiti:

- ☐ **essere in trattamento con tenofovir disoproxil fumarato**
- ☐ **essere stato precedentemente esposto ad analoghi nucleosidici:**
- ☐ **presenta almeno una tra le seguenti condizioni:**



- ☐ **Età >60 anni**
- ☐ **Malattia ossea:**
 - ☐ utilizzo cronico di steroidi o altre condizioni associate a peggioramento della BMD (densità minerale ossea)
 - ☐ storia di fratture osteoporotiche
 - ☐ osteoporosi
- ☐ **Alterazioni renali:**
 - ☐ eGFR <60 ml/min/1.73 m²
 - ☐ Albuminuria >30 mg o presenza di moderata proteinuria al dipstick
 - ☐ Ipofosfatemia (<2.5 mg/dl)
 - ☐ Emodialisi.

La terapia deve essere iniziata da un medico esperto nel trattamento dell'epatite B cronica.

PROGRAMMA TERAPEUTICO

	Farmaco	Specialità	Posologia
<input type="checkbox"/>	Vemlidy	25 mg compresse rivestite con film	1 cpr/die

Durata prevista del trattamento (mesi) _____

Prima prescrizione ☐

Prosecuzione cura ☐

(NOTA BENE: la validità del Piano Terapeutico non può superare i 6 mesi dalla data di compilazione)

Data

Timbro e Firma del Medico

19A05799

