

Documento PTR n. 174 relativo a:

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE
TESTOSTERONE
INTRAMUSCOLO A LENTO RILASCIO
(T. Undecanoato)
E TRANSDERMICO (GEL)**

**Piano Terapeutico Regionale
per la prescrizione di Testosterone intramuscolo a lento rilascio (*T. Undecanoato*)
e transdermico (gel)**

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (nome e cognome) _____
Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____	Età _____
Data di nascita _____	Sesso maschile <input type="checkbox"/> Codice Fiscale _____
Residente a _____	Prov. _____ in Via _____ n. _____
Tel. _____	AUSL di residenza _____ Regione _____
Medico di Medicina generale _____	

Il piano terapeutico regionale è a carico del SSR se rilasciato dalle Endocrinologie, Urologie e Pediatrie con competenze endocrinologiche autorizzate dalla Regione Emilia-Romagna.

La prescrizione di testosterone gel e intramuscolo a lento rilascio è a carico del SSR limitatamente al trattamento degli ipogonadismi maschili primitivi e secondari caratterizzati da entrambe le seguenti condizioni:

- concentrazioni di testosterone totale < 8nmol/l (231 ng/dL) o di testosterone libero < 180 pmol/L
- presenza di segni e sintomi tipici (riduzione del desiderio e potenza sessuale, osteoporosi, riduzione forza muscolare, obesità viscerale, alterazioni del tono dell'umore, mancato inizio puberale, arresto della progressione della maturazione puberale, anemia).

Diagnosi _____
<i>È consigliabile confermare la diagnosi di ipogonadismo maschile, primitivo o secondario, mediante due misurazioni di testosterone da effettuarsi in giorni distinti.</i>
Concentrazione di testosterone, totale o libero, rilevata: _____ in data _____
Concentrazione di testosterone, totale o libero, rilevata: _____ in data _____

Prescrizione	
<i>Nella scelta della preparazione di testosterone è necessario valutare accuratamente: le caratteristiche farmacocinetiche, il rapporto beneficio/rischio per singolo paziente, le controindicazioni e i possibili effetti collaterali.</i>	
<input type="checkbox"/> T. undecanoato 1000 mg, im	posologia _____
<input type="checkbox"/> Testosterone 50 mg/dose gel*	posologia _____
*(specialità medicinale secondo disponibilità aziendale)	
<input type="checkbox"/> prima prescrizione	<input type="checkbox"/> prosecuzione del trattamento
Durata prevista del trattamento: _____	Data del prossimo controllo _____
Il piano terapeutico ha la durata massima di 12 mesi.	

I farmaci a base di T. intramuscolo a lento rilascio (*T. Undecanoato*) e transdermico gel sono da erogare in esclusiva erogazione diretta.

Data _____

timbro e firma del Medico prescrittore