

*Documento PTR n. 246 relativo a:*

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE  
PER LA PRESCRIZIONE DI  
ULIPRISTAL  
(Nota AIFA 51)**

*Aggiornamento Gennaio 2017  
Gennaio 2015*

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI ULIPRISTAL (Nota AIFA 51)**

UO :	_____	Medico prescrittore _____
Tel. _____	e-mail _____	

Paziente (nome e cognome o iniziali) _____	Data di nascita _____
C. F. _____	Residente a _____ Prov. _____
Via _____ n. _____	Tel. _____ AUSL di residenza _____
Regione _____	Medico di Medicina generale _____

La prescrizione mediante il piano terapeutico regionale di ulipristal nell'ambito della nota AIFA 51 è a carico del SSR se effettuata dagli specialisti ginecologi che operano nei Consultori delle Aziende USL, nelle UU.OO. e negli Ambulatori di Ginecologia delle Aziende USL e Ospedaliere e relativi centri delegati della Regione Emilia Romagna per le seguenti condizioni cliniche:

**trattamento pre-operatorio di sintomi, da moderati a gravi, di fibromi uterini in donne adulte in età riproduttiva** con fibromi uterini sintomatici in preparazione all'intervento chirurgico programmato, allo scopo di rendere possibile l'utilizzo di tecniche meno invasive (isteroscopia o laparoscopia).

**trattamento di 1° scelta in donne adulte in età riproduttiva con uno o più fibromi di cui almeno uno di dimensioni ≥ 3 cm con menometrorraggia associata ad almeno 1 delle seguenti condizioni:**

- livelli di Hb ≤ 10,2 g/dL
- distorsione della cavità uterina che impedisce l'inserimento di IUD-LNG
- dolori da compressione che alterano la qualità di vita in donne non candidabili o che rifiutano la terapia chirurgica

**trattamento di 2° scelta in donne adulte in età riproduttiva con uno o più fibromi di dimensioni < 3 cm con menometrorraggia ed Hb ≤ 10,2 g/dL in caso di:**

- controindicazione, eventi avversi clinicamente rilevanti o fallimento di altre strategie terapeutiche mediche (LNG-IUD, estroprogestinici/progestinici orali, acido tranexamico, FANS)

Specificare:

Dimensioni del/dei fibroma/i:	<input type="checkbox"/> < 3 cm	<input type="checkbox"/> ≥ 3 cm
Presenza di dolore da compressione	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Livelli di emoglobina (Hb) < 10,2 g/dl	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Presenza di controindicazioni ad altra terapia farmacologica:	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Fallimento di altra terapia farmacologica:	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

**Dose e durata del trattamento**

Dose/die: 1 cp da 5 mg N. conf. prescritte\* \_\_\_\_\_ Durata prevista del trattamento \_\_\_\_\_

primo ciclo       secondo ciclo\*\*       terzo ciclo\*\*       quarto ciclo\*\*

\* Sono prescrivibili un numero massimo di 3 confezioni per ciclo

\*\* Il ciclo di trattamento di 3 mesi può essere ripetuto una volta (per un totale di 2 cicli complessivi) in caso di trattamento preoperatorio o fino ad un massimo di 3 volte (per un totale di 4 cicli complessivi) nel trattamento intermittente dei sintomi dei fibromi. Il nuovo ciclo non deve iniziare prima della 2° mestruazione successiva al termine del 1° ciclo.

Data \_\_\_\_\_

timbro e firma del Medico prescrittore

\_\_\_\_\_