

Documento PTR n. 174 relativo a:

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

Assessorato Politiche per la salute – Commissione Regionale del Farmaco

**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 _____

È consigliabile confermare la diagnosi di ipogonadismo maschile, primitivo o secondario, mediante due misurazioni di testosterone da effettuarsi in giorni distinti.

Concentrazione di testosterone, totale o libero, rilevata: _____ in data _____

Concentrazione di testosterone, totale o libero, rilevata: _____ in data _____

Prescrizione

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.

T. undecanoato 1000 mg, im posologia _____

Testosterone 50 mg/dose gel* posologia _____

**(specialità medicinale secondo disponibilità aziendale)*

prima prescrizione 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